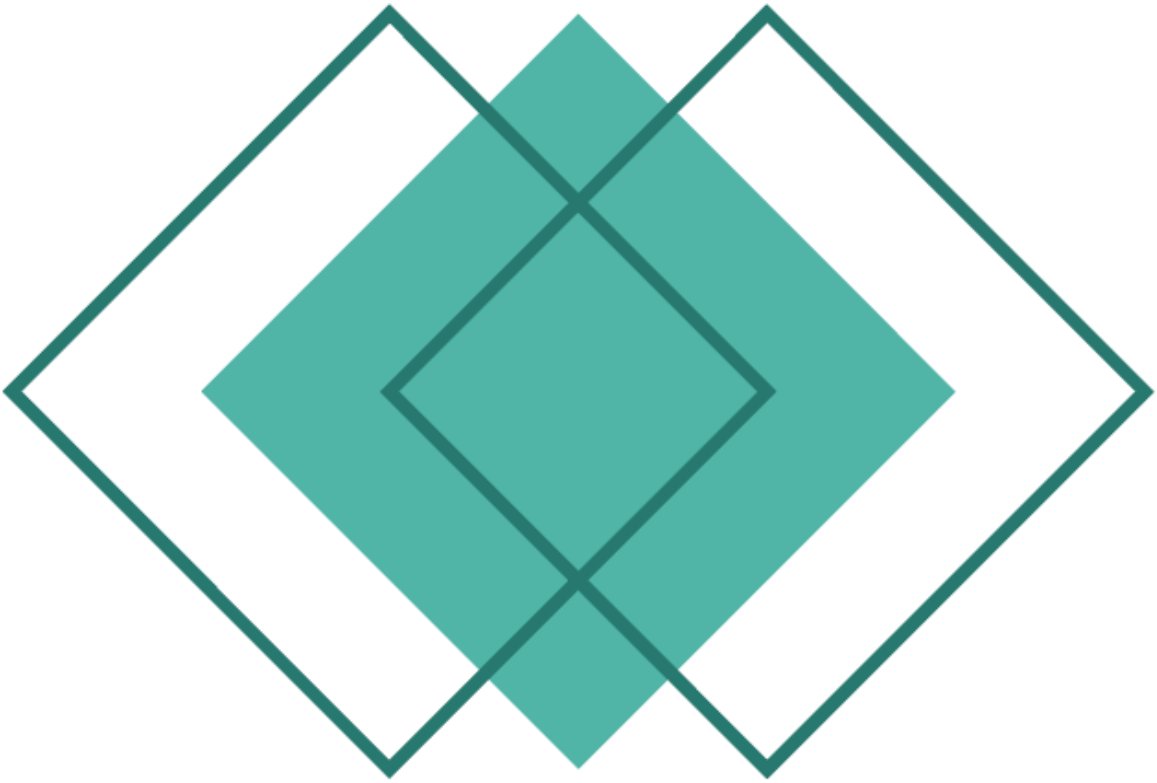
De la TEORÍA a la CALLE

Intervención social con colectivos



Coordinación
Carmen Mª Gómez Navarro
Antonia Cascales Martínez

edit.um
Ediciones de la Universidad de Murcia

De la teoría a la calle:
Intervención social con colectivos

Carmen Mª Gómez Navarro

Antonia Cascales Martínez

Universidad de Murcia

2026

Editum. Ediciones de la Universidad de Murcia



Cómo citar esta obra:
Gómez Navarro, C. M., y Cascales Martínez, A.(Coords.). (2026). *De la teoría a la calle: Intervención social con colectivos*. Editum. Ediciones de la Universidad de Murcia. https://doi.org/10.6018/editum.3202

DOI: 10.618/editum/3202

Si el lector detecta algún error en el libro o bien quiere contactar con el autor, puede enviar un correo a publicaciones@um.es



Gómez Navarro, C. M., y Cascales Martínez, A.(Coords.). (2026). *De la teoría a la calle: Intervención social con colectivos*. Editum. Ediciones de la Universidad de Murcia. https://doi.org/10.6018/editum.3202

Se permite la reutilización y redistribución de los contenidos siempre que se reconozca la autoría y se cite con la información bibliográfica completa.

ÍNDICE

CAPÍTULO Nº 1 _____ **7**

INTERVENCIÓN SOCIAL CON PERSONAS MENORES EN SITUACIÓN DE RIESGO Y DESAMPARO. TUTELAJE, ACOGIMIENTO Y ADOPCIÓN

CAPÍTULO Nº 2 _____ **31**

INTERVENCIÓN SOCIAL CON VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL ÁMBITO FAMILIAR

CAPÍTULO Nº 3 _____ **67**

INTERVENCIÓN SOCIAL CON PERSONAS CON DISCAPACIDAD

CAPÍTULO Nº 4 _____ **89**

INTERVENCIÓN SOCIAL CON PERSONAS MAYORES

CAPÍTULO Nº 5 _____ **117**

INTERVENCIÓN SOCIAL CON PERSONAS EN EL ÁREA DE SALUD Y SALUD MENTAL

CAPÍTULO Nº 6 _____ **141**

INTERVENCIÓN SOCIAL CON PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

CAPÍTULO Nº 7 _____ **169**

INTERVENCIÓN CON PERSONAS CON ENFERMEDADES RARAS

CAPÍTULO Nº 8 _____ 185

INTERVENCIÓN SOCIAL EN EL DUELO PERINATAL

CAPÍTULO Nº 9 _____ 209

INTERVENCIÓN SOCIAL DESDE JUSTICIA, PENITENCIARIA Y MEDIACIÓN. MENORES INFRACTORES

CAPÍTULO Nº 10 _____ 235

INTERVENCIÓN EN EL ÁMBITO DE LA EDUCACIÓN

CAPÍTULO Nº 11 _____ 269

INTERVENCIÓN SOCIAL CON MINORÍAS ÉTNICAS, INMIGRANTES Y OTROS COLECTIVOS EN EXCLUSIÓN SOCIAL

CAPÍTULO Nº 12 _____ 299

INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL EN LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA

CAPÍTULO Nº 1

INTERVENCIÓN SOCIAL CON PERSONAS MENORES EN SITUACIÓN DE RIESGO Y DESAMPARO. TUTELAJE, ACOGIMIENTO Y ADOPCIÓN

RAQUEL TORRALBA PLANES Y TAMARA HERNÁNDEZ RÍOS

INTRODUCCIÓN

Las actuaciones de protección orientadas a la infancia y la adolescencia persiguen como finalidad principal salvaguardar el desarrollo integral de niños, niñas y adolescentes (en adelante, NNA), garantizando condiciones adecuadas para su crecimiento personal, emocional y social, cuando concurren circunstancias de riesgo o situaciones de desamparo. En este sentido, la respuesta institucional se articula mediante diversos recursos y medidas de intervención, tales como la tutela, el acogimiento y la adopción, diseñadas para ofrecer una protección eficaz y favorecer el pleno desarrollo de este colectivo.

La intervención social en el ámbito de la protección a la infancia se desarrolla a través de la actuación coordinada de profesionales de distintas disciplinas, entre las que destacan principalmente el trabajo social, la psicología y la educación, configurando un enfoque interdisciplinar orientado a la atención integral de NNA. En la actualidad, esta práctica profesional se encuentra en un proceso continuo de redefinición y adaptación, impulsado por la aparición de nuevas necesidades y retos emergentes vinculados a las transformaciones sociales y a las crecientes situaciones de vulnerabilidad que afectan a la infancia y la adolescencia.

En este marco la reforma operada mediante la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia,

representó un hito relevante en el fortalecimiento del marco jurídico de protección de NNA. Dicha reforma puso el acento en la defensa de los derechos de la infancia, con especial énfasis en aquellas personas menores de edad que se encuentran expuestas a situaciones de violencia, negligencia o cualquier otra forma de vulneración de sus derechos fundamentales. Asimismo, introdujo una mayor concreción en la delimitación de las situaciones de riesgo, reforzando la necesidad de actuaciones preventivas y de intervención temprana como estrategia clave para evitar la evolución de estas situaciones hacia escenarios de desamparo.

De igual modo, la normativa pone de relieve la importancia de priorizar la intervención con la familia de origen, promoviendo el mantenimiento de las personas menores de edad en su entorno familiar siempre que ello resulte compatible con su interés superior.

Este enfoque fue posteriormente consolidado y ampliado con la aprobación de la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia, que supuso un avance sustancial en el reconocimiento de la violencia contra los NNA como un problema estructural que requiere una respuesta integral y coordinada. Esta norma introduce un modelo de protección basado en la prevención, sensibilización y detección precoz desde una atención integral, estableciendo obligaciones específicas para las administraciones públicas y para los profesionales que trabajan con la infancia en ámbitos familiar, educativo, sanitario, de los servicios sociales, de las nuevas tecnologías, del deporte y el ocio y de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.

A lo largo de este capítulo se abordarán las principales actuaciones que pueden desarrollarse desde el sistema de protección, así como el papel de los profesionales especializados en este ámbito, atendiendo al marco normativo vigente.

APROXIMACIÓN CONCEPTUAL

Los avances legislativos de los últimos años han supuesto un cambio orientado no solo a la detección del maltrato, sino también a una visión centrada en el bienestar y desarrollo pleno de niños, niñas y adolescentes, reconociendo sus derechos, necesidades y la responsabilidad de los adultos y de los sistemas de protección en la garantía de un entorno seguro y protector del buen trato.

Según la Ley 8/21 de 4 de junio, de protección integral a la infancia y adolescencia, el concepto de buen trato infantil y adolescente viene a situarse como una idea proactiva sobre el maltrato, determinada por la atención a los NNA basada en sus necesidades y derechos, lo que implica un avance importante en la atención a la infancia y la adolescencia.

Según el Manual de Atención al Maltrato Infantil desde el ámbito de Servicios Sociales de Atención Primaria (Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración (2009) se entiende por Desprotección Infantil:

> Aquellas situaciones en que las personas que tienen asignado legalmente el cumplimiento de los deberes de protección de los menores (padres, tutores o guardadores) no los ejercen, no pueden ejercerlos de manera adecuada o los ejercen de forma inadecuada, siendo incapaces de garantizar el bienestar y la satisfacción de las necesidades básicas del niño, niña o adolescente. (p.47)

En el marco normativo de protección a la infancia y la adolescencia, las situaciones de desprotección se diferencian en situaciones de riesgo y situaciones de desamparo, atendiendo al grado de afectación que presentan sobre el bienestar y el desarrollo de NNA. De acuerdo con lo establecido en la Ley 1/1996, del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. Art. 17, la situación de riesgo es definida como:

> Aquella en la que, a causa de circunstancias, carencias o conflictos familiares, sociales o educativos, el menor se vea perjudicado en su desarrollo personal,

> familiar, social o educativo, en su bienestar o en sus derechos de forma que, sin alcanzar la entidad, intensidad o persistencia que fundamentarían su declaración de situación de desamparo y la asunción de la tutela por ministerio de la ley, sea precisa la intervención de la administración pública competente, para eliminar, reducir o compensar las dificultades o inadaptación que le afectan y evitar su desamparo y exclusión social, sin tener que ser separado de su entorno familiar.

El Código Civil. Art.172.1 define la situación de desamparo como:

> La que se produce de hecho a causa del incumplimiento o del imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de los menores, cuando éstos queden privados de la necesaria asistencia moral o material.

Tal y como establece esta normativa, la declaración de desamparo conlleva la adopción de una intervención protectora adecuada, orientada a preservar el interés superior del NNA y a prevenir la cronificación de situaciones de riesgo que puedan derivar en decisiones de mayor impacto personal, familiar y social, como la separación de la persona menor de edad de su entorno familiar.

Estas intervenciones estarán determinadas por el tipo de gravedad, valorada, previamente, por el equipo de familia del sistema de protección, identificando, según los hechos, cuatro niveles: leve, moderado, grave y muy grave, tal y como contempla el Instrumento de Valoración de la Gravedad de las Situaciones de desprotección Infantil:

> Riesgo leve: Incluye circunstancias en las que los padres, tutores o guardadores utilizan unas pautas educativas o de cuidado/trato/relación con el menor no adecuadas para su desarrollo óptimo. Estas situaciones no constituyen desprotección dado que no han provocado ni se prevé que necesariamente vayan a provocar a corto plazo un daño significativo en el menor (a nivel físico, psicológico, cognitivo y/o social), pero requieren ser corregidas porque si se mantienen le colocan en mayor riesgo de desarrollar problemas futuros.
>
> Desprotección moderada (Riesgo moderado): Hay una situación de desprotección que ha provocado un daño significativo en la situación física, psicológica, cognitiva

y/o social del menor o se prevé que lo va a provocar. Daño significativo implica que:

El funcionamiento del menor en una o varias áreas de desarrollo (físico, psicológico, social y/o cognitivo) se sitúa en los extremos de lo esperable a su edad o es claramente limitado o perturbado.

Que las dificultades en una o varias áreas de desarrollo persisten a lo largo del tiempo, o que se encuentran afectadas simultáneamente tres o cuatro áreas.

No obstante, para ser calificado como gravedad moderada, ha de cumplirse que el daño: no implica ni se prevé que pueda implicar a corto plazo riesgo de muerte, incapacidades permanentes o daño físico muy severo en el menor, no le ha provocado trastornos psicopatológicos, síntomas severos de ansiedad, depresión, retraimiento o conducta rechazante, conductas agresivas o autodestructivas, o retrasos en el desarrollo, u otros problemas severos de comportamiento que comprometan seriamente el proceso de desarrollo y adaptación personal y social del menor y requieren tratamiento especializado inmediato.

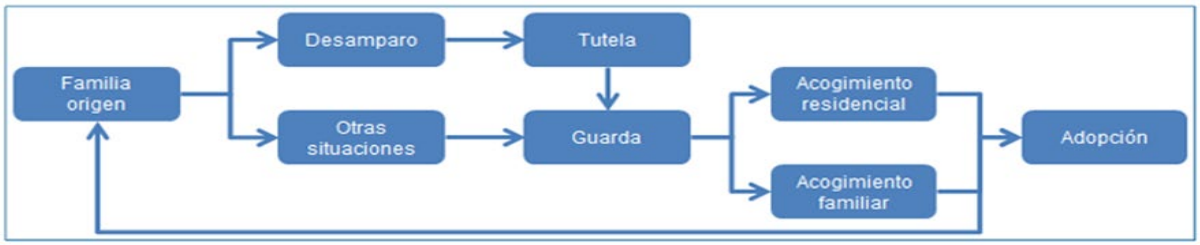
Desprotección grave (Riesgo grave): Se prevé que, si no hay una mejora significativa e inmediata o a corto plazo en el trato y cuidado recibidos por el menor en la familia, va a ser preciso proponer la separación como medida de protección dado que se está produciendo una situación de desprotección que ha provocado o hay altas probabilidades de que provoque a corto plazo un daño grave en la situación física, psicológica, cognitiva y/o social del menor. Incluye:

Daño físico severo, aunque la vida del menor no está en peligro ni está en riesgo de sufrir una incapacidad permanente.

El desarrollo de trastornos psicopatológicos, síntomas severos de ansiedad, depresión, retraimiento o conducta rechazante, conductas agresivas o autodestructivas, o retrasos en el desarrollo, u otros problemas severos de comportamiento que comprometen seriamente el proceso de desarrollo y adaptación personal y social del menor y requieren tratamiento especializado inmediato.

> El menor no presenta síntomas visibles y graves de daño físico, psicológico, cognitivo y/o social, pero el comportamiento de sus padres, tutores o guardadores es grave mente inadecuado y no constituye un incidente aislado.
>
> La situación se calificará como Riesgo grave si los padres, tutores o guardadores manifiestan una suficiente conciencia de problema y se muestran dispuestos a colaborar con la intervención propuesta por el Servicio de Familia como alternativa a la separación. En caso contrario, la situación podrá ser considerada como muy grave y procederse a la declaración del Desamparo del menor.
>
> Desprotección muy grave (Desamparo o Guarda): Es necesario proponer la separación temporal o permanente del menor de su familia de origen para garantizar su protección, debido a que: sus padres, tutores o guardadores se encuentran imposibilitados temporal o definitiva mente para ejercer los deberes de protección por fallecimiento, encarcelamiento, enfermedad física, mental o toxicomanía incapacitantes y no hay familiares que se hagan cargo del cuidado del menor (se incluyen menores extranjeros no acompañados), los padres, tutores o guardadores han hecho dejación completa de sus responsabilidades, abandonando al menor o expulsándole del domicilio, la vida del menor se encuentra en peligro o está en riesgo de sufrir una incapacidad permanente, o se dan las circunstancias señaladas como Riesgo grave y no es posible desarrollar una intervención de ayuda en el domicilio bien porque los padres, tutores o guardadores y/o el menor, en el caso de adolescentes no aceptan la propuesta de intervención del Servicio de Familia como alternativa a la separación, porque los intentos llevados a cabo anteriormente desde los Servicios Sociales de atención primaria o especializados para corregir la situación no han arrojado los resultados deseados, o porque las dificultades o problemas que presenta la familia no son susceptibles de tratamiento al menos en ese momento. (Consejería de Sanidad y Política Social, 2010, pp. 20-23)

En este contexto, el proceso de mayor relevancia dentro del marco de la normativa de protección es el siguiente:



Nota: Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia y la adolescencia, N.º 26 (2024). Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.

Este gráfico nos muestra las fases que describen y delimitan conceptualmente, el procedimiento de intervención, una vez se ha valorado el grado de desprotección en el que se encuentra un NNA, considerando su contexto familiar de origen, las figuras de referencia con las que ha compartido su trayectoria vital y que ostentan legalmente la patria potestad o la guarda y custodia.

La patria potestad, reconocida en el Código Civil. Art. 154. 24 de julio de 1889 como la:

> Responsabilidad parental, que se ejercerá siempre en interés de los hijos e hijas, de acuerdo con su personalidad, y con respeto a sus derechos, su integridad física y mental.
>
> Esta función comprende los siguientes deberes y facultades:
>
> 1.º Velar por ellos, tenerlos en su compañía, alimentarlos, educarlos y procurarles una formación integral.
>
> 2.º Representarlos y administrar sus bienes.
>
> 3.º Decidir el lugar de residencia habitual de la persona menor de edad, que solo podrá ser modificado con el consentimiento de ambos progenitores o, en su defecto, por autorización judicial.

Siendo retirada temporalmente, asumiendo la tutela la Entidad Pública competente, tal y como está reconocido en el Código Civil. Art. 222. 24 de julio de 1889.

> La tutela de los menores que se encuentren en situación de desamparo corresponderá por ministerio de la ley a la entidad pública a la que en el respectivo territorio esté encomendada la protección de menores. No obstante, se procederá al nombramiento de tutor conforme a las reglas ordinarias cuando existan

> personas físicas que, por sus relaciones con el menor o por otras circunstancias, puedan asumir la tutela en interés de este.

Según se define en el Estatuto del Guardador en el Acogimiento Familiar, Comunidad de Madrid (2016)

> Asegurar la cobertura de las necesidades de la persona menor de edad y su plena satisfacción moral y material, en un contexto que garantice sus derechos, favorezca la asunción de sus obligaciones y las condiciones adecuadas para su desarrollo y socialización (p.4)

Una vez establecido este proceso, el equipo de protección propondrá la medida de protección más idónea, en interés superior de la persona menor de edad, con relación a las establecidas en el Código Civil, el acogimiento y la adopción.

El análisis de las medidas de protección a la infancia y la adolescencia requiere no solo una aproximación conceptual y normativa, sino también una revisión de los datos empíricos que permiten dimensionar la magnitud y características de cada una de ellas. A continuación, se presentan los datos más recientes disponibles a nivel estatal en relación con la atención a personas menores de edad.

Según los datos del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (2024), recogidos en el Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia y adolescencia n.º 26, el sistema público de protección a la infancia y la adolescencia atendió, en 2023 a nivel nacional, a 51.972 NNA, siendo esta cifra escasamente inferior a la publicada en años anteriores.

En cuanto a las medidas de protección de acogimiento y adopción, los datos mostrados por el Boletín afirman que, “en el año 2023 se registran 18.097 acogimientos familiares frente a 17.112 acogimientos residenciales” lo que evidencia una mayor prevalencia del acogimiento familiar como medida de protección. No obstante, el informe no ofrece datos desagregados a nivel estatal relativos a la adopción, lo que limita el análisis comparativo de esta medida en el conjunto del territorio nacional.

MARCO NORMATIVO Y LEGISLATIVO

La protección de la infancia y la adolescencia se articula a través de un marco normativo y legislativo que define los principios rectores, los derechos reconocidos y las responsabilidades institucionales, en materia de prevención e intervención ante situaciones de desprotección, esto ayuda a comprender los procedimientos que se llevan a cabo a través de las administraciones públicas y entidades competentes.

Nivel autonómico

A nivel nacional la norma de referencia que entra en vigor con la finalidad de modificar la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de sistema de protección jurídica del menor, que modifica parcialmente el Código Civil y la Ley de Enjuiciamiento Civil, norma que regula la protección de personas menores de edad frente a situaciones de riesgo y desamparo, es la Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, complementada por la Lay Ley 26/2015, de 28 de julio de modificación del sistema de protección a la infancia, con la finalidad de garantizar una protección adecuada y sólida en relación a las diferentes necesidades detectadas estos últimos años.

La nueva modificación introduce principalmente criterios enfocados a la intervención de situaciones de riesgo y desamparo, regulando procedimientos y estableciendo requisitos esenciales para el acogimiento familiar, con relación a la valoración, recursos económicos y apoyos para las familias que se ofrezcan a esta medida de protección, también incluye respecto a la adopción, la posibilidad de que, aunque el adoptado pase a tener formar parte de la familia adoptiva como un hijo biológico, con todos sus derechos y obligaciones, pueda seguir manteniendo el vínculo con su familia de origen a través de lo denominado adopción abierta.

Por otro lado, destacamos dentro del marco normativo del sistema de protección.

- *Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y adolescencia.*
- *Ley 54/2007, de 28 de diciembre, de adopción internacional.*

Nivel autonómico

A nivel autonómico, se estable el Estatuto de Autonomía de la Región de Murcia, aprobado por la ley Orgánica 4/1982, de 9 de junio, que establece la competencia plena en materia de protección y tutela a la Comunidad Autónoma.

Destacamos también, la Ley 3/1995, de 21 de marzo, de la Infancia de la Región de Murcia, siendo esta la norma básica sobre protección de menores a nivel autonómico. Su principal objetivo es establecer el marco general de actuación en materia de infancia en riesgo o desamparo. Instaura las medidas de apoyo y protección, la tutela, guarda, acogimiento y adopción en la Región de Murcia.

Esta Ley viene acompañada de:

- *Decreto 372/2007, de 30 de noviembre por el que se regulan los procedimientos administrativos en materia de adopción de menores en la Región de Murcia (2008), con el objetivo principal de regular "los procedimientos administrativos en materia de acogimientos preadoptivos y adopción nacional e internacional de menores que se tramiten por la entidad pública competente en materia de protección de menores de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia."*

La Ley 3/2021, de 29 de julio, de Servicios Sociales de la Región de Murcia, como marco general de los Servicios Sociales que incluye el Programa de Atención a la infancia y familia, siendo el marco normativo de referencia en intervención para los profesionales de atención primaria y especializada.

Es importante tener en cuenta que a nivel autonómico se potencia la creación de programas y proyectos desarrollados, entidades locales y del tercer sector, a través de la concesión directa de subvenciones financiadas con cargo a la

asignación tributaria del 0.7% del impuesto sobre la renta de personas Físicas (IRPF), con fondos europeos del Mecanismo de Recuperación y Resiliencia - NextGenerationEU, a través del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, entre otros.

- *Decreto número 141/2025, de 4 de septiembre, por el que se regula la concesión directa de subvenciones a ayuntamientos y mancomunidades de servicios sociales de la Región de Murcia para la implantación o refuerzo de los equipos de atención a la infancia y la familia en los servicios sociales de atención primaria.*
- *Decreto n.º 45/2025, de 22 de mayo, por el que se regula la concesión directa de subvenciones a entidades del tercer sector para el desarrollo del «programa "vinculacción" para favorecer el acogimiento de niños, niñas y adolescentes en situación de desprotección de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, en el marco del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia del Mecanismo de Recuperación y Resiliencia Next Generation EU.*

Otra Normativa Relevante

A nivel internacional y europeo señalamos:

- *La Convención de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, de 20 de noviembre de 1989.*
- *El Convenio Europeo sobre el Ejercicio de los Derechos de los Niños, Hecho en Estrasburgo el 25 de enero de 1996.*

ROLES Y FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL

Las funciones del trabajador social varían en función del nivel y del ámbito de intervención en el que desarrolla su labor.

De manera general, todas las Administraciones Públicas deben seguir determinadas pautas establecidas en los protocolos de actuación tal y como se encuentra establecido en el Protocolo de Atención al Maltrato Infantil y Adolescente de la CARM:

> Garantizar desde sus competencias específicas los derechos fundamentales de los niños y de su entorno familiar (Art. 39.2 y 4 de la Constitución Española. Art. 10 y 11 de la Ley Orgánica 1/1996).
>
> Notificar a la administración competente la existencia de situaciones de riesgo o posible desamparo (Art. 13 de la Ley Orgánica 1/1996).
>
> Adoptar, en el ejercicio de sus competencias, las medidas necesarias para que los dispositivos y recursos de la comunidad ayuden especialmente a las familias en riesgo, a fin de evitar situaciones de desamparo (Art. 14 de la Ley Orgánica 1/1996).
>
> Promover actuaciones encaminadas a prevenir situaciones de riesgo o desamparo (Art. 11 y 12 de la Ley 3/ 1995), las cuales implican diferentes niveles de intervención social. (Consejería de Política Social, Familias e Igualdad, 2025).

En el ámbito de la Región de Murcia, las entidades locales desempeñan un papel relevante en el sistema de protección a la infancia, asumiendo funciones vinculadas a la prevención, información, promoción y reinserción social, así como a la intervención y seguimiento de aquellos casos que requieren actuaciones desarrolladas en el propio entorno comunitario. Estas competencias se ejercen de conformidad con lo establecido en la Ley 3/1995, de la Infancia de la Región de Murcia. Art. 45, que regula la participación de la administración local en la atención y protección de NNA.

En el contexto de la administración local, el profesional de los Servicios Sociales de Atención Primaria dispone habitualmente de un conocimiento exhaustivo de la realidad sociofamiliar lo que le permite detectar indicadores que pueden alertar sobre la posible concurrencia de una situación de desprotección y la elaboración de informes técnicos integrales que recogen información relevante de las distintas áreas de la vida familiar (social, económica, educativa y relacional).

Para la elaboración de los informes se procede con una recopilación y análisis sistemático de información con el objetivo de establecer un diagnóstico social fundamentado. Para ello, el trabajador social emplea diversas técnicas de intervención, entre las que destacan la entrevista, tanto a la familia como a otras personas o entidades relacionadas con los NNA, así como la visita domiciliaria, considerada una herramienta clave para la valoración del contexto familiar. Al desarrollarse en el marco de una administración descentralizada y próxima a la ciudadanía, la intervención se articula a través del trabajo en red, basado en la cooperación y coordinación de los distintos sistemas de protección social, entre los que destacan, de manera prioritaria, los ámbitos de educación, sanidad y los cuerpos y fuerzas de seguridad, junto con otros recursos comunitarios implicados en la protección social.

Los informes resultantes constituyen una herramienta esencial para la toma de decisiones administrativas, sirviendo de base a la administración competente como el Servicio de Familia o el Servicio de Protección de Menores de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (CARM), para la resolución de los expedientes y, en su caso, la declaración de situaciones de riesgo o desamparo de NNA. Entre las funciones de los profesionales que integran estos equipos especializados se encuentran la valoración y declaración de las situaciones de riesgo y desamparo a través del estudio de casos, la recopilación y análisis de información, el seguimiento e intervención con las familias, la coordinación de recursos, la gestión de centros de protección y los diversos programas y recursos específicos, preparación a la vida independiente, así como la coordinación con otros dispositivos del sistema de protección social.

Por otro lado, existen trabajadores sociales que desarrollan su intervención en recursos especializados de protección, tales como el acogimiento familiar, la adopción, los centros de protección y pisos tutelados o en las entidades del tercer sector responsables de la gestión de medidas de acogimiento.

En estos ámbitos, la intervención profesional se orienta principalmente al seguimiento, acompañamiento y evaluación de las medidas de protección

adoptadas para NNA, como la intervención directa con la familia de origen, para la consecución de los objetivos propuestos y la posible superación de las circunstancias que dieron lugar a la retirada, con la finalidad de una posterior reintegración familiar, así como a la coordinación con los distintos agentes implicados en el sistema de protección a la infancia y la adolescencia.

SISTEMA DE PROTECCIÓN: RECURSOS, SERVICIOS Y PRESTACIONES

En el marco de las actuaciones de protección a la infancia y la adolescencia, tal y como establece la Ley 1/96, de 15 de enero, deben regir una serie de principios de intervención, entre los que destaca la priorización de las medidas de carácter familiar frente a las residenciales, la preferencia por medidas estables frente a aquellas de naturaleza temporal, y la promoción de intervenciones consensuadas con la familia siempre que sea posible, frente a aquellas impuestas de manera coercitiva. Estos principios responden al objetivo de asegurar una protección eficaz, respetuosa con los derechos de las personas menores de edad y orientada a su interés superior.

Tras el proceso de valoración, se establecerán las medidas a adoptar ante una situación de riesgo y desprotección. Cuando la valoración determine un nivel leve o moderado, se priorizará la intervención con la familia de origen actuando desde los Servicios Sociales Municipales de Atención Primaria a través de recursos comunitarios y propios de la propia administración local, en coordinación con los centros escolares y sanitarios y, en su caso, con las entidades colaboradoras del respectivo ámbito territorial o cualesquiera otras. En este nivel los recursos, servicios y prestaciones se encuentran en los Centros de Servicios Sociales a través de las intervenciones desde sus equipos, las prestaciones económicas o de servicios a las que puedan acceder las familias y el acceso a los recursos comunitarios como centros culturales, educativos, entre otros.

Cuando la valoración determine un nivel de situación de riesgo sin que ello implique la separación del NNA de su entorno familiar, la protección por parte de los poderes públicos competentes, se realizará mediante la prevención, detección

y reparación de situaciones de riesgo, con el establecimiento de los servicios y recursos adecuados para tal fin, en coordinación con los centros escolares y servicios sociales y sanitarios y, en su caso, con las entidades colaboradoras del respectivo ámbito territorial o cualesquiera otras. En este nivel se interviene desde el Servicio de Familia de la Dirección General competente, donde se actúa con los equipos técnicos, apoyados por lo recursos como la formación en habilidades parentales, la mediación, o la terapia psicológica, entre otros, llevando a cabo la intervención en coordinación con los Servicios Sociales de Atención Primaria.

En los supuestos en los que se declare una situación de desamparo, la tutela es asumida por la administración pública competente.

Además de la guarda de los menores tutelados, por encontrarse en situación de desamparo, la Entidad Pública deberá asumir la guarda en los términos previstos en el Código Civil. Art. 172 bis, cuando “los progenitores o tutores no puedan cuidar de un menor por circunstancias graves y transitorias o cuando así lo acuerde el Juez en los casos en que legalmente proceda”.

La guarda se realizará mediante el acogimiento familiar y si no fuera posible o conveniente, para el interés de la persona menor de edad, mediante el acogimiento residencial.

En estos escenarios, pueden presentarse diversas situaciones, definidas por el Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia y adolescencia n.º 26:

> Guardas voluntarias. Resoluciones adoptadas por la Entidad Pública competente, a petición de los progenitores o tutores cuando justifiquen no poder cuidar a la persona menor de edad por circunstancias graves, por las que se asume la guarda de una persona menor de edad.
>
> Guarda judicial sin declaración de desamparo. Medida de protección de personas menores de edad establecida por resolución judicial, acordada cuando se presentan situaciones de conflicto grave y concurre violencia en el ámbito familiar, en las que no procede declarar la situación de desamparo de la niña, niño o

> adolescente puesto que uno de los progenitores o tutores puede seguir asumiendo sus responsabilidades de protección
>
> Guarda provisional (atención inmediata). Número de expedientes que corresponden a personas menores de edad que, en la fecha indicada, se encuentran en una medida que supone la guarda de la niña, niño o adolescente con un carácter temporal como consecuencia de una situación de urgencia. (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. pp.19-22)

Cuando la permanencia del NNA en su familia de origen no resulta compatible con su interés superior, la medida de acogimiento familiar se configura como una alternativa prioritaria dentro del sistema de protección. En función de su finalidad protectora y de la relación existente entre la persona menor de edad y la familia acogedora. Esta modalidad puede desarrollarse tanto en el seno de la familia extensa: abuelo/a, tío/a, primo/a, como en una familia ajena, atendiendo siempre a las necesidades específicas de la persona menor de edad y a su bienestar integral. Es importante puntualizar que los procesos por los que pasa la familia extensa son diferentes a los de familia ajena, debido a la relación de vinculación existente entre los miembros.

El acogimiento familiar se formaliza mediante resolución administrativa dictada por la entidad pública que ostenta la tutela o la guarda del menor, tras un proceso previo de valoración de la idoneidad de la familia acogedora. Dicha valoración incluye, entre otros aspectos, el análisis de la situación y dinámica familiar, la capacidad educativa y de cuidado, la aptitud para atender de manera adecuada las necesidades físicas, emocionales, sociales y educativas del menor, así como la coherencia entre la motivación de la familia y los objetivos propios de la modalidad de acogimiento propuesta. Igualmente, se valora la disposición de la familia para colaborar activamente en el plan individual de atención y, en su caso, en el programa de reintegración familiar, favoreciendo el mantenimiento de los vínculos del menor con su familia de origen cuando ello resulte beneficioso para su desarrollo.

El Código Civil. Art. 173 bis establece que el acogimiento familiar podrá adoptar las siguientes modalidades atendiendo a su duración y objetivos:

> Acogimiento familiar de urgencia, principalmente para menores de s6 años, que tendrá una duración no superior a 6 meses, en tanto se decide la medida de protección familiar que corresponda. Denominado en la Región de Murcia como Familia Canguro.
>
> Acogimiento familiar temporal, que tendrá carácter transitorio, bien porque de la situación del menor se prevea la reintegración de éste en su propia familia, o bien en tanto se adopte una medida de protección que revista un carácter más estable como el acogimiento familiar permanente o la adopción. Este acogimiento tendrá una duración máxima de dos años, salvo que el interés superior del menor aconseje la prórroga de la medida por la previsible e inmediata reintegración familiar, o la adopción de otra medida de protección definitiva. Gestionado a través de ACOFAMT en coordinación con la Consejería de Política Social, Familias e Igualdad.
>
> Acogimiento familiar permanente, que se constituirá bien al finalizar el plazo de dos años de acogimiento temporal por no ser posible la reintegración familiar, o bien directamente en casos de menores con necesidades especiales o cuando las circunstancias del menor y su familia así lo aconsejen. Gestionado a través de Cruz Roja en coordinación con la Consejería de Política Social, Familias e Igualdad.

Legalmente, el acogimiento permanente no convierte al menor en hijo ni a la familia acogedora en padres o madres, manteniéndose la parentalidad exclusiva de la madre y/o padre biológico. No obstante, se puede mantener contacto con la familia de origen, ya sea mediante visitas acordadas por las partes o supervisadas por la entidad pública competente, garantizando así la continuidad de los vínculos afectivos cuando resulte beneficioso para el menor.

Otra de las modalidades establecidas por la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, es:

> Acogimiento familiar especializado, entendiendo por tal el que se desarrolla en una familia en la que alguno de sus miembros dispone de cualificación, experiencia y formación específica para desempeñar esta función respecto de menores con necesidades o circunstancias especiales con plena disponibilidad y percibiendo por ello la correspondiente compensación económica, sin suponer en ningún caso una relación laboral.

La Ley 3/1995, de la Infancia de la Región de Murcia, en consonancia con la legislación estatal, contempla el acogimiento familiar con fines adoptivos como una medida de protección orientada a la integración del menor en un entorno familiar estable cuando se ha constatado la imposibilidad de retorno a su familia de origen. Esta modalidad de acogimiento actúa como una fase previa al proceso de adopción, permitiendo valorar la idoneidad del vínculo y la adaptación del menor a la familia seleccionada, siempre bajo la supervisión de la entidad pública competente y atendiendo al principio del interés superior del menor.

En la Región de Murcia existe varios Programas de Acogimiento Familiar gestionados por la administración autonómica como:

- *Programa de Vacaciones en Familia: acogimiento temporal en una familia ajena durante los periodos de vacaciones, fines de semana y fechas relevantes.*
- *Programa Vincul-acción: dirigido a favorecer el acogimiento familiar de niños, niñas y adolescentes en situación de desprotección, a través de la información, formación y captación de familias, con la finalidad de impulsar una mejora en las medidas de protección, acogimiento y adopción.*

El acogimiento contempla varias causas de cese, que incluyen:

- *La solicitud de la familia acogedora o del propio NNA.*
- *El cumplimiento de los 18 años por parte de la persona menor de edad.*
- *La evaluación de la administración competente de que la medida no está siendo efectiva para el bienestar del niño, niña o adolescente.*

En la práctica, en la mayoría de los casos en los que el cese se produce por mayoría de edad, la convivencia con la familia acogedora continúa de manera voluntaria, y en algunos supuestos la medida puede derivar en una adopción, siempre que exista acuerdo entre la persona menor de edad y la familia acogedora.

El acogimiento residencial se configura como una medida de carácter subsidiario y excepcional, aplicable únicamente cuando no resulta posible o adecuada la adopción de otras medidas de protección de tipo familiar que respondan al interés superior del niño, niña o adolescente. Esta modalidad de acogimiento se adopta cuando las circunstancias personales, familiares o sociales del menor impiden su integración en un entorno familiar alternativo, ya sea de forma temporal o permanente.

La normativa establece que el recurso residencial debe tener una finalidad esencialmente protectora y educativa, garantizando una atención integral que cubra las necesidades físicas, emocionales, educativas y sociales del menor. Asimismo, se subraya la necesidad de que esta medida tenga un carácter transitorio, orientado preferentemente a la reintegración familiar, al acceso a una medida de acogimiento familiar o, en su caso, a la adopción, evitando estancias prolongadas que puedan resultar perjudiciales para el desarrollo del NNA.

De acuerdo con los principios rectores del sistema de protección, la adopción del acogimiento residencial debe ir acompañada de un plan individual de atención, así como de un seguimiento periódico que permita evaluar la idoneidad y evolución de la medida.

La Consejería de Política Social, Familias e Igualdad y la Dirección General de Familias, Infancia y Conciliación gestionan la red de centros, tanto propios como concertados, con el objetivo de promover modelos residenciales que favorezcan el desarrollo de los niños, niñas y adolescentes hasta encontrar una solución familiar o de vida independiente.

Por otro lado, el sistema de protección contempla la adopción como medida de carácter definitivo. Esta se configura como una alternativa excepcional y subsidiaria, orientada a proporcionar al NNA un entorno familiar estable y permanente, que haga posible su desarrollo pleno en condiciones de seguridad, afecto y continuidad relacional.

Desde una perspectiva jurídica y psicosocial, la adopción implica la ruptura del vínculo jurídico con la familia de origen y la plena integración del menor en una nueva familia, asumiendo esta última todas las responsabilidades parentales. Por ello, su adopción requiere una valoración exhaustiva y rigurosa por parte de la entidad pública competente, que debe constatar la imposibilidad de retorno o reintegración familiar, así como la inexistencia de otras medidas de protección más adecuadas al interés superior de la persona menor de edad.

En este sentido, la normativa vigente establece que la adopción debe adoptarse únicamente cuando se haya acreditado que constituye la mejor opción para garantizar la estabilidad emocional y el desarrollo a largo plazo del NNA, consolidándose, así como la medida de protección más estable y permanente dentro del sistema de protección a la infancia y la adolescencia.

La competencia para la gestión de los procesos de adopción recae en la Dirección General de Familias, Infancia y Conciliación, dependiente de la Consejería de Política Social, Familias e Igualdad. Este órgano es responsable de la planificación, coordinación y supervisión de las adopciones tanto nacionales como internacionales, así como de la valoración de la idoneidad de las personas o parejas que desean adoptar.

EJEMPLO DE PROCESOS DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL

En la Región de Murcia, la competencia en materia de protección de menores se atribuye con carácter exclusivo a la Administración Autonómica, de conformidad

con lo dispuesto en el Estatuto de Autonomía de la Región de Murcia. Art. 10.1, apartado 18.

Como se ha comentado anteriormente, el ejercicio de estas competencias recae principalmente en la Dirección General de Familias, Infancia y Conciliación, integrada en la Consejería de Política Social, Familias e Igualdad, como órgano responsable de la planificación, gestión y ejecución de las medidas de protección a la infancia y la adolescencia.

Desde esta Dirección General se implementó el "Programa de Detección, notificación y registro del maltrato infantil y adolescente". Este programa tiene como principal objetivo la prevención del maltrato infantil y adolescente en la Región de Murcia mediante su detección precoz, haciendo necesaria la colaboración de todos los profesionales que tienen relación directa con las personas menores de edad en los diversos ámbitos, Escolar, Sanitario, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, Servicios Sociales y Otros.

Según Protocolo de Atención al Maltrato Infantil y Adolescente de la CARM (2025) el procedimiento de intervención es diferente si la situación se considera urgente y no urgente. En cualquier caso, se diferencia el procedimiento diferenciando las situaciones anteriormente descritas. Según el Protocolo de Atención al Maltrato Infantil y Adolescente de la CARM (Consejería de Política Social, Familias e Igualdad, 2025), el procedimiento de intervención difiere en función de que la situación sea considerada urgente o no urgente. En cualquier caso, se establecen procedimientos diferenciados para cada una de las situaciones descritas.

El Procedimiento se inicia llevando a cabo las actuaciones necesarias para obtener una valoración de la situación del menor o menores, a fin de determinar si existe o no situación de riesgo e identificar los factores e indicadores de riesgo y dificultad que incidan en la situación personal, familiar y social en que se encuentra el NNA, y a promover medidas para su protección y preservación del entorno familiar. Las actuaciones de valoración comprenden la recogida de información sobre el menor y la familia a través de informes que se solicitan a

otros sistemas de protección social, principalmente a los Servicios Sociales de Atención Primaria de las Entidades Locales como Administración más próxima al ciudadano y de actuaciones directas con la persona menor de edad y la familia desde el Servicio de Familia.

Tal y como se indica en la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, en aquellos casos en los que la valoración concluye con la apreciación de una situación de riesgo, la valoración de la situación de riesgo conllevará:

> La elaboración y puesta en marcha de un proyecto de intervención social y educativo familiar que deberá recoger los objetivos, actuaciones, recursos y previsión de plazos, promoviendo los factores de protección del menor y manteniendo a éste en su medio familiar.

Este proyecto de intervención, para cuyo éxito se requiere la colaboración de los padres o tutores que son informados sobre los objetivos del mismo, se evalúa periódicamente, realizando los ajustes que resulten necesarios.

Los procesos de intervención enmarcados en los proyectos se llevan a cabo en el entorno de la familia y el NNA, a través de visitas al domicilio, entrevistas, reuniones... en las que, mediante orientaciones y pautas de actuación proporcionadas a los padres y/o a los menores, acuerdos para la implementación de acciones con profesionales de las instituciones o entidades del entorno de la familia (Colegios, Institutos, Centros de Salud, Centros de Servicios Sociales...)... se avanza en la consecución de los objetivos propuestos.

El Procedimiento concluye cuando la evaluación del proyecto de intervención indica que se han alcanzado los objetivos, total o parcialmente, y se constata la reducción o eliminación de los indicadores y/o factores de riesgo apreciados inicialmente. También puede concluir cuando se aprecia un agravamiento de la situación del NNA que pudiera suponer una desprotección muy grave que requiera la aplicación de otras medidas de protección.

Cualquier persona, entidad, profesional o administración puede comunicar la sospecha de una posible situación de desprotección ejercida sobre niños, niñas o adolescentes por sus progenitores/tutores/cuidadores, por acción u omisión.

Estas situaciones pueden consistir en maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del menor, o poner en peligro su supervivencia.

Existe el deber de comunicar cualquier situación que nos haga sospechar un posible maltrato en niños, niñas y adolescentes. Esta situación se pondrá en conocimiento de los Servicios Sociales de Atención Especializada y del Juzgado de Guardia que autorizará, si procede, la adopción de una medida de protección urgente con la alternativa más adecuada para el NNA (acogimiento familiar o residencial).

En estos casos, la respuesta debe ser lo más ágil posible, siendo los pasos del procedimiento los siguientes, de acuerdo con el Protocolo de Atención al Maltrato Infantil y Adolescente de la CARM:

> Atender cualquier necesidad relacionada con la salud cuando esta se halle claramente comprometida, acompañando al NNA a un centro sanitario (recabar parte de lesiones).
>
> Se informará a los Servicios Sociales de Atención Especializada enviando, a través del correo electrónico proteccionytutela@carm.es una copia de la Hoja de Notificación a la Sección de Protección y Tutela, perteneciente al Servicio de Protección de Menores acompañada de un informe detallado de los hechos.
>
> Si la situación es urgente, podemos recurrir al auxilio de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad o bien al teléfono de emergencias 112.
>
> Si por el contrario la situación no reviste gravedad, pero es necesario que los Servicios Sociales puedan intervenir para paliar las dificultades que esté sufriendo el menor, podemos dirigirnos a los Servicios Sociales Municipales más cercanos o contactar con la Asesoría de Información y Estudios o cualquier medio puesto a

disposición de la ciudadanía. (Consejería de Política Social, Familias e Igualdad, 2025).

BIBLIOGRAFÍA

Consejería de Política Social, Familias e Igualdad, Región de Murcia. (2025). *Boletín del Protocolo de Atención al Maltrato Infantil y Adolescente en la CARM*. Consejería de Política Social, Familias e Igualdad.

Consejería de Sanidad y Política Social (2010). *Instrumento de valoración de la gravedad de las situaciones de desprotección infantil*. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

Consejería de Políticas Sociales y Familia (2016). *Estatuto del guardador en el acogimiento familiar: Orientaciones para el ejercicio del acogimiento familiar*. Comunidad de Madrid.

Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. Boletín Oficial del Estado (BOE), 29 de julio de 2015.

Ley 3/1995, de 21 de marzo, de la Infancia de la Región de Murcia. Boletín Oficial de la Región de Murcia (BORM), 12 de abril de 1995.

Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor (modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil). Boletín Oficial del Estado (BOE), 17 de enero de 1996.

Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. Boletín Oficial del Estado (BOE), 23 de julio de 2015.

Ministerio de Juventud e Infancia. (2024). *Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia y la adolescencia* (Boletín nº 26). Ministerio de Juventud e Infancia.

CAPÍTULO Nº 2

INTERVENCIÓN SOCIAL CON VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL ÁMBITO FAMILIAR

JOSÉ SÁEZ-OLMOS

INTRODUCCIÓN

La intervención social con víctimas de violencia de género y violencia familiar se configura como un eje estratégico en la defensa de los Derechos Humanos, respondiendo a violencias que no solo atentan contra la integridad física y psíquica, sino que reproducen estructuralmente relaciones de poder desiguales arraigadas en el modelo patriarcal. Desde la teoría feminista crítica, la violencia de género opera como mecanismo reproductor del orden patriarcal, intersectándose con otras opresiones (clase social, origen migratorio, discapacidad, orientación sexual), lo que demanda intervenciones interseccionales que superen el enfoque monocultural dominante (Crenshaw, 1989; Verde Díez, 2015). Sin embargo, este capítulo aborda la violencia ejercida en el ámbito doméstico, poniendo el foco principal en la violencia de género, entendida como aquella que se ejerce contra las mujeres por parte de sus parejas o exparejas en el marco de una relación afectiva, como manifestación de una desigualdad estructural y de relaciones de poder. Se debe diferenciar pues, la violencia de género y la violencia doméstica. Esta última engloba aquellas formas de violencia que pueden darse en el entorno familiar o convivencial, y cuyas víctimas pueden ser de múltiples perfiles (menores, personas mayores, personas con diversidad funcional u otros miembros de la unidad familiar), con independencia del sexo o género. En este caso, el elemento definitorio es la relación familiar o de convivencia, no la desigualdad estructural entre géneros.

Históricamente, las respuestas de ayuda institucional a las víctimas de la violencia de género como colectivo de atención especializada evolucionaron desde modelos punitivos fragmentados hacia paradigmas integrales: la Ley Orgánica 3/2007 para la igualdad efectiva de mujeres y hombres incorporó prevención estructural; el RDL 9/2018 de medidas urgentes del Pacto de Estado que canalizó 1.000 millones de euros (2018-2022) hacia 260 medidas multisectoriales.

La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing (Naciones Unidas, 1995) estableció un paradigma global al identificar la violencia contra las mujeres como prioridad estratégica, exhortando a los Estados a eliminarla tanto en espacios públicos como privados por constituir una violación grave de los Derechos Humanos. Su Plataforma de Acción, aprobada por 189 países, contextualiza las diferentes tipologías de violencia a través de sus 12 áreas críticas de preocupación: la pobreza femenina vinculada directamente a la violencia económica, la salud reproductiva afectada por agresiones sexuales, y los estereotipos de género que sustentan la violencia psicológica normalizada.

En el contexto español, la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género representa un hito normativo de alcance transformador, al conceptualizar esta violencia no como un conflicto interpersonal aislado, sino como expresión paradigmática de la discriminación de género histórica y sistemática. Esta ley integral se despliega a través de un ecosistema institucional específico: los Servicios Sociales Especializados, el Delegado del Gobierno para la Violencia de Género, el Observatorio Estatal de Violencia de Género (que sistematiza datos macro para políticas públicas), los Juzgados de Violencia sobre la Mujer (con competencia exclusiva desde 2005) y el Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género, que articula campañas transversales en educación, salud y medios. La normativa se refuerza con la LO 8/2021 y LO 26/2015, que reforman el sistema de protección a la infancia y adolescencia, reconociendo explícitamente a los menores como víctimas directas (cuando sufren maltrato físico/psicológico) e indirectas (expuestos a violencia vicaria o testigos del maltrato parental), imponiendo medidas cautelares obligatorias de protección inmediata.

APROXIMACIÓN TEÓRICA-CONCEPTUAL

Según la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer de Naciones Unidas (ONU, 1993), se entiende por violencia de género: "Todo acto de violencia basado en el género que tenga como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, incluidas las amenazas de dichos actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada".

En el contexto español, la Ley Orgánica 1/2004, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, concreta este concepto y establece que la violencia de género es la que: "Se ejerce sobre las mujeres por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia".

La violencia de género puede manifestarse de múltiples formas, entre las que destacan (San Segundo, 2015):

- *Violencia física: Incluye golpes, patadas, estrangulamiento, quemaduras, lanzamiento de objetos o privación de libertad.*
- *Violencia psicológica: La más prevalente y engloba humillaciones sistemáticas, control coercitivo, aislamiento social y amenazas.*
- *Violencia sexual: Coacciones a relaciones no consentidas, violación conyugal, abusos con objetos, desnudez forzada o pornografía no consentida.*
- *Violencia económica: Control total del dinero familiar, impedimento de trabajar, apropiación salarial, deudas contraídas a nombre de la mujer o sabotaje laboral.*
- *Violencia ambiental: Degradación intencional del hábitat o sabotaje de vehículos.*
- *Violencia vicaria y transgeneracional en menores: los menores expuestos sufren violencia vicaria y esta exposición al maltrato parental genera estrés*

postraumático equivalente al directo (LO 8/2015). En esta tipología también se incluyen las mascotas

En cuanto a cifras, el Observatorio Estatal registró en 2025 más de 45.000 atenciones directas en servicios especializados, pero análisis académicos estiman un subregistro del 65-70%, elevando la cifra real a cerca de 150.000 casos anuales. Este oscurecimiento afecta desproporcionadamente a "víctimas invisibles": mujeres rurales (donde la letalidad aumenta un 30% por aislamiento geográfico y menor cobertura de servicios), mujeres inmigrantes en situación irregular (50% sin acceso inicial por miedo a expulsión), mujeres LGTBI+ en relaciones no heterosexuales y menores silenciados (Garrido-Reina, 2022).

MARCO LEGISLATIVO Y NORMATIVO.

El marco legislativo español contra la violencia de género se configura como un sistema integral y multisectorial que trasciende el ámbito penal para articular protección social, prevención y reparación, posicionando a las víctimas como titulares de derechos frente a la desigualdad estructural. La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, constituye su eje central, estableciendo derechos fundamentales de visibilización y protección como: acceso a información, asistencia jurídica gratuita desde el primer momento, atención sanitaria prioritaria, medidas cautelares inmediatas y tratamiento no revictimizante en todos los procedimientos.

Por otra parte, la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia (LOPIVI), cuya finalidad es garantizar que los menores crezcan en un entorno seguro, libre de violencia, y la Ley Orgánica 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, marcan un avance cualitativo al reconocer a los menores como víctimas directas (maltrato físico/psicológico por el agresor) e indirectas (exposición a violencia vicaria o testigos del maltrato parental),

imponiendo medidas cautelares obligatorias de protección inmediata: orden de alejamiento respecto al menor, suspensión de patria potestad, evaluación psicosocial urgente y priorización en adopción si procede. Esta reforma responde al Convenio del Consejo de Europa para la protección de los niños contra la explotación y el abuso sexual, también conocido como el Convenio de Lanzarote (2007), que exige la tipificación como delito de todo tipo de delitos sexuales contra los niños, y el Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica, también conocido como el Convenio de Estambul (Consejo de Europa, 2011), para prevenir y combatir la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica, cubriendo aspectos como la mutilación genital, el acoso y los matrimonios forzosos, y estableciendo medidas para proteger a las víctimas y perseguir a los agresores. Ambos, vinculan la violencia de género con la protección infantil.

El RDL 9/2018, de 3 de agosto, de medidas urgentes para el desarrollo del Pacto de Estado contra la Violencia de Género, modifica el artículo 156 del Código Civil para facilitar la tramitación de situaciones familiares urgentes (suspensión patria potestad, modificación guarda custodia), destinando 1.000 millones de euros (2018-2025) a 260 medidas concretas: formación de 50.000 profesionales, creación de 1.000 plazas en casas de acogida y campañas de sensibilización.

La Ley 43/2006, de 29 de diciembre, para la Mejora del Crecimiento y del Empleo, y el RD 1917/2008, de 23 de noviembre, sobre el Programa Especial de Inclusión Sociolaboral, establecen tratamiento prioritario para víctimas: reserva de plazas públicas (5% oposición), bonificaciones empresariales, formación dual adaptada y acceso preferente a programas de empleo protegido, reconociendo la violencia económica como barrera estructural.

La Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la Víctima del Delito, traslada la Directiva 2012/29/UE ampliando derechos procesales: información individualizada desde la primera actuación policial, protección específica (identidad oculta, videoconferencia judicial), asistencia (psicológica/jurídica gratuita) y restauración

(indemnizaciones automáticas vía Fondo de Garantía). En violencia de género, incorpora Unidades de Valoración Integral Forense (UVIF) con carácter prioritario.

Pese a este robusto marco, persisten desafíos estructurales: saturación de servicios (según ratios de un profesional del Trabajo Social en algunas comunidades autónomas, falta de perspectiva cultural en atención a migrantes, y tensiones entre tutela judicial y autodeterminación de la víctima. La Directiva 2012/29/UE del Estatuto de la Víctima del Delito, traspuesta por la Ley 4/2015, amplía derechos procesales (información, protección, restauración), pero su aplicación revela disparidades territoriales que los servicios sociales deben compensar mediante liderazgo proactivo.

Este marco normativo denso fundamenta el sistema de protección social detallado en el apartado siguiente, orientando la intervención social hacia respuestas integrales, preventivas y reparadoras.

SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL PARA LAS VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

El sistema de protección social representa la materialización operativa del marco normativo, desplegando un catálogo exhaustivo de recursos multisectoriales gratuitos, accesibles y coordinados que abordan integralmente las necesidades de mujeres y menores víctimas de violencia de género, desde la detección temprana hasta la recuperación autónoma a largo plazo. Las leyes orgánicas 1/2004 y 4/2015 lo estructuran en torno a tres principios rectores: integralidad (atención simultánea en todas las esferas vitales), gratuidad (sin requisitos económicos) e inmediata accesibilidad (sin necesidad de denuncia previa).

Los servicios sociales especializados asumen el liderazgo coordinador mediante la valoración inmediata y multidimensional (psicológica, social, jurídica, económica), diseñando planes individualizados que integran todos los recursos

según tipología de violencia y perfil de la víctima. En cuanto a la clasificación de los recursos y ayudas a las víctimas, se pueden concretar de forma resumida las siguientes: de información, asesoramiento y derivación; de atención psicológica y social; educativas; económicas; sanitarias; de vivienda; de seguridad y protección; jurídicas y procesales; laborales y de la Seguridad Social; para mujeres extranjeras; y, otras ayudas o recursos especializados. No obstante, en el marco de actuación especializada, en la Región de Murcia, se dispone de una Guía Profesional de Recursos de Atención a Víctimas de Violencia de Género, detallada y accesible en la página web de la CARM.

Recursos de información, asesoramiento y derivación

Los recursos de información, asesoramiento y derivación constituyen la puerta de entrada esencial al sistema de protección, diseñados para ofrecer una respuesta inmediata, confidencial y accesible las 24 horas del día, los 365 días del año, rompiendo el aislamiento inicial que padecen las víctimas de violencia de género y familiar. Este primer nivel de atención elimina barreras geográficas, idiomáticas y administrativas desde el primer contacto, permitiendo a mujeres y menores iniciar su itinerario de protección sin necesidad de denuncia previa ni trámites presenciales que puedan agravar su riesgo. En el núcleo de esta red se encuentra el teléfono 016 , gestionado directamente por el Ministerio de Igualdad, que en 2025 registró 115.000 llamadas anuales (9.500 mensuales promedio), proporcionando orientación integral en materia jurídica (explicación de medidas cautelares, proceso de denuncia voluntaria), psicológica (manejo de crisis suicidas, estabilización emocional) y social (identificación de recursos locales inmediatos), todo ello en 12 idiomas y con derivación automática a los servicios autonómicos correspondientes en menos de 48 horas.

A esta línea telefónica se suma el sistema ATENPRO (Servicio Telefónico de Atención a Mujeres Amenazadas por Violencia de Género), una herramienta tecnológica de vanguardia que monitorea telemáticamente cerca de 18.000 dispositivos activos (principalmente pulseras de geolocalización y aplicaciones móviles), los cuales generan una alerta automática a las Fuerzas de Seguridad del Estado en caso de violación del perímetro de seguridad establecido (radio

virtual de 200 metros alrededor de la víctima). Durante 2025, este sistema registró 3.200 activaciones preventivas que evitaron agresiones inminentes, con un tiempo de respuesta policial medio de 8 minutos, contribuyendo a reducir la reincidencia de los agresores en un 31% según datos del Observatorio Estatal. Esta primera línea se refuerza con la Red de Centros de la Mujer y las Unidades de Atención a Víctimas Extranjeras, que ofrecen itinerarios personalizados que conectan inmediatamente con el resto del sistema de protección.

Paralelamente, la plataforma digital online igualdad.gob.es funciona como centro neurálgico virtual, integrando un mapa interactivo con más de 350 recursos georreferenciados por municipio, guías prácticas descargables en múltiples formatos (protocolos de actuación profesional, recopilación de derechos económicos y laborales, orientaciones para menores), y campañas de sensibilización digital como #ViolenciaNoEsAmor y #NoEsAmorEsViolencia, que acumularon 22 millones de visualizaciones en redes sociales durante 2025. Entre sus herramientas destacadas figura un test de autoevaluación de riesgo con derivación directa al 016, facilitando la detección precoz en fases iniciales de violencia psicológica o económica. La campaña #EsoNoEsSexo, alojada en el videoclip educativo del mismo nombre accesible vía onlineigualdad.gob.es, constituye una herramienta pionera de prevención sexual dirigida a adolescentes y jóvenes adultas, desmontando mitos del consentimiento y violencia sexual normalizada mediante narrativas audiovisuales que han alcanzado 18 millones de visualizaciones y forman parte obligatoria de los currículos ESO desde 2024.

Estos recursos no solo salvan vidas en el momento crítico, sino que generan datos estadísticos anonimizados esenciales para visibilizar la problemática de la violencia de género, alimentando así las políticas públicas con evidencia real del fenómeno

Servicios especializados de atención psicológica y social

Los servicios especializados de atención psicológica y social representan el núcleo terapéutico y estabilizador del sistema de protección, donde equipos multidisciplinares altamente cualificados realizan una valoración integral

biopsicosocial de las víctimas en un plazo máximo de 72 horas desde el primer contacto, diseñando planes individualizados que abordan específicamente las secuelas traumáticas asociadas a cada tipología de violencia de género identificada en la acogida. Estos servicios, regulados por la Ley Orgánica 1/2004 y la Ley 4/2015 del del Estatuto de la víctima del delito, operan a través de los Equipos de Atención Especializada, con una ratio mínima de un equipo por cada 50.000 habitantes según el Pacto de Estado, garantizando una intervención continua que integra diagnóstico clínico, tratamiento terapéutico y apoyo social práctico para romper el ciclo de dependencia aprendida y fomentar la autonomía a medio plazo.

El eje organizativo de estos servicios radica en los protocolos de derivación interautonómicos, que aseguran la continuidad de la intervención durante traslados geográficos de las víctimas (ya sea por motivos de seguridad, laborales o familiares), mediante una historia clínica digital interoperable compartida en todo el territorio español, eliminando duplicidades administrativas y rupturas en los procesos de recuperación. En 2025, estos equipos atendieron 35.000 casos directos, logrando una tasa de éxito terapéutico del 72% medida en reducción de síntomas clínicos (trastorno de estrés postraumático, depresión mayor, ansiedad generalizada), con una notable disminución de recaídas en el ciclo de violencia.

Un componente crítico de estos servicios lo constituyen las intervenciones específicas con menores víctimas de violencia vicaria, reguladas por la Ley Orgánica 8/2021 y atendidas mediante el Modelo de Intervención Psicosocial con Menores Víctimas de la Violencia de Género (Instituto Canario de Igualdad, 2012), que estructura el proceso en tres fases secuenciales: diagnóstico inicial mediante escalas validadas de impacto en testigos infantiles (Inventario de Síntomas de Estrés Postraumático Infantil), intervención terapéutica adaptada por edades (terapia lúdica para 3-7 años, cognitivo-conductual para 8-12, grupos de pares para adolescentes) y seguimiento integral coordinado con el ámbito escolar y familiar. Este modelo ha atendido a 25.000 menores en 2025, logrando una reducción del 36% en síntomas de internalización (ansiedad, depresión, baja

autoestima) y previniendo la reproducción transgeneracional del patrón violento en el 68% de los casos intervenidos.

De forma concreta, en la Región de Murcia existen los CAVIs (Centros de Atención a Víctimas de Violencia de Género) los cuales son recursos especializados de atención integral dirigidos a mujeres que sufren o han sufrido violencia de género, así como, en muchos casos, a sus hijas e hijos y tienen como finalidad garantizar una respuesta profesional, coordinada y continuada ante situaciones de violencia de género o familiar. Estos centros ofrecen una atención multidisciplinar, basada en la intervención conjunta de Trabajo Social, Psicología y Asesoramiento Jurídico, lo que permite abordar de manera global las consecuencias sociales, emocionales, económicas y legales de la violencia. Desde el ámbito del Trabajo Social, los CAVIs realizan funciones clave como la valoración social del caso, la elaboración de planes individualizados de intervención, la gestión y derivación a recursos (acogida, ayudas económicas, empleo, vivienda, protección policial, atención a menores) y la coordinación con otros sistemas implicados: servicios sociales, sanitarios, educativos, judiciales y policiales.

Otro recurso especializado son los CAVAX (Centros de Atención Integral a Víctimas de Agresiones y/o Abusos Sexuales). Estos dispositivos están orientados a prevenir, reducir o minimizar las situaciones de vulnerabilidad e inseguridad que afrontan las mujeres víctimas de violencia sexual. Los CAVAX aseguran una atención integral y continuada mediante apoyo psicológico, asesoramiento jurídico, acogida, intervención educativa y acompañamiento a lo largo de todo el proceso. Este servicio aborda la problemática de la violencia sexual desde un enfoque multidisciplinar, incorporando perspectivas educativas, sociales, psicológicas y jurídicas.

En el ámbito municipal, cabe destacar el dispositivo de atención del Ayuntamiento de Murcia (EMAVI), que forma parte de la red regional y nacional de atención a la violencia de género. Este recurso mantiene una coordinación permanente compartiendo procedimientos, protocolos y recursos con el fin de garantizar una intervención eficaz y coherente. La intervención tiene como objetivo principal

favorecer la superación de la situación de violencia y de sus consecuencias, mediante un proceso de acompañamiento y apoyo integral desde los ámbitos jurídico, socioeducativo y psicológico, con el propósito de mejorar sus condiciones de vida y las de sus hijos e hijas.

La coordinación operativa se estructura en una pirámide jerárquica eficiente: los servicios sociales de base o atención primaria realizan la primera detección y derivación urgente; los CAVI ejecutan la valoración especializada y tratamiento principal; las UVIF aportan peritaje judicial-psicológico; y los Servicios de Salud Mental asumen casos complejos con comorbilidades psiquiátricas graves. Estos servicios no solo tratan las secuelas inmediatas del trauma, sino que construyen itinerarios de empoderamiento a largo plazo, integrando objetivos como la reestructuración cognitiva de la autopercepción victimaria, el desarrollo de habilidades de afrontamiento frente al control coercitivo y la creación de redes sociales alternativas que sustituyan el aislamiento impuesto por el agresor, posicionando a las víctimas como sujetas activas en su proceso de recuperación conforme al enfoque feminista crítico de intervención social.

Por otra parte, también está el Servicio de Atención Psicológica para Menores Expuestos a Violencia de Género (SAPMEX) un recurso especializado destinado a atender a niños y niñas que han presenciado o se encuentran en contacto con situaciones de violencia de género en el ámbito familiar. Su propósito fundamental es reducir el impacto emocional y psicológico que estas experiencias pueden generar en su desarrollo, promoviendo un ajuste saludable y previniendo posibles dificultades futuras.

A través del SAPMEX, los menores reciben una evaluación psicológica individualizada, orientada a identificar señales de estrés, ansiedad, miedo, retraimiento o conductas problemáticas derivadas de la exposición a la violencia. A partir de esta evaluación, se diseñan intervenciones terapéuticas adaptadas a la edad y necesidades de cada niño o niña, utilizando técnicas que fomentan la resiliencia, el afrontamiento de emociones difíciles y la construcción de estrategias de seguridad emocional.

Además, el servicio ofrece apoyo a la familia, con el fin de favorecer la comprensión del impacto que la violencia genera en los menores y promover entornos protectores que contribuyan a su bienestar. SAPMEX se integra en un enfoque multidisciplinar, coordinándose con profesionales del trabajo social, la psicología y los servicios jurídicos, garantizando así que la intervención sea completa y coherente con las necesidades del menor y su familia.

Recursos en el ámbito de la educación

Las ayudas en el ámbito educativo se configuran como un pilar estratégico del sistema de protección social, diseñadas para garantizar la continuidad escolar inmediata de mujeres y menores víctimas de violencia de género, eliminando barreras administrativas y económicas que podrían interrumpir su desarrollo educativo y perpetuar ciclos de exclusión social. Estas medidas, reguladas por la Ley Orgánica 1/2004 y reforzadas por el Pacto de Estado contra la Violencia de Género, priorizan la escolarización inmediata sin requisitos previos de empadronamiento ni documentación original, permitiendo a los/as menores víctimas acceder a centros educativos públicos en el nuevo lugar de residencia en un plazo máximo de 48 horas desde la solicitud de los servicios sociales especializados.

El Ministerio de Igualdad, a través del Instituto de la Mujer, gestiona un catálogo específico de becas y exenciones, destinadas exclusivamente a este colectivo, que integran becas de escolarización completa con cobertura de matrícula, material escolar, comedor, transporte y actividades extraescolares para todos los niveles educativos (infantil, primaria, secundaria, bachillerato y FP). Estas ayudas se tramitan de oficio por los servicios sociales, sin necesidad de concurrencia competitiva, y se extienden automáticamente durante los procesos de acogida en centros de emergencia o casas tuteladas.

Las ayudas en el ámbito educativo también podemos encontrar medidas de protección en el entorno escolar como orden de alejamiento del agresor respecto al centro educativo o vigilancia policial discreta durante entradas/salidas, o autorización para cambio de nombre escolar temporal, según artículo 9 de la Ley

Orgánica 8/2021, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia (LOPIVI). Además, la LOPIVI refuerza esta protección imponiendo al profesorado la obligación legal de comunicación inmediata, según el caso, a los servicios sociales, a la autoridad competente o al Ministerio Fiscal, ante cualquier indicio de exposición infantil a violencia parental, configurando a las escuelas como centinelas activos del sistema de detección precoz.

Un componente innovador y preventivo, a nivel estatal, lo representa el Proyecto RELACIONA, programa de intervención educativa en violencia de género que es desarrollado por el Organismo de Igualdad de cada Comunidad Autónoma, en colaboración con la Consejería de Educación correspondiente. Combina actividades de sensibilización específica para alumnado (talleres sobre igualdad, detección de violencias normalizadas, habilidades de autocuidado) con formación obligatoria para el profesorado (protocolos de actuación, detección precoz, derivación, etc.). Complementariamente, el programa PERSEA (Programa de Educación para la Sensibilización en la Prevención de la Violencia de Género contra las Adolescentes) se dirige específicamente a chicas de 12-18 años en situación de riesgo, ofreciendo itinerarios personalizados de empoderamiento que integran tutorías individualizadas, talleres de habilidades sociales y orientación para romper la reproducción transgeneracional del modelo patriarcal.

En conjunto, esta tipología de recursos posiciona la formación como derecho fundamental para romper estructuralmente la dependencia heredada del patriarcado, alineándose con los compromisos de la Plataforma de Acción de Beijing sobre igualdad educativa como prioridad estratégica.

Recursos sanitarios

Los recursos sanitarios configuran un pilar esencial del sistema de protección integral, garantizando atención médica inmediata, especializada y gratuita a víctimas de violencia de género en todos los niveles asistenciales del Sistema Nacional de Salud (SNS), desde la atención primaria hasta las unidades de cuidados intensivos, con protocolos específicos que priorizan la detección precoz, el tratamiento de secuelas físicas y psíquicas, y la prevención de riesgos vitales.

El Protocolo Común para la Actuación Sanitaria frente a la Violencia de Género, aprobado por el Consejo Interterritorial del SNS en 2010 y actualizado en 2023 conforme al Pacto de Estado, establece un flujo asistencial estandarizado que obliga a todo profesional sanitario a realizar valoración obligatoria de riesgo mediante la Cuestionario de Detección de Violencia de Género en cualquier consulta de mujer entre 18-65 años con indicios, derivando automáticamente al 016 y servicios sociales en caso positivo, conforme al artículo 69 de la Ley Orgánica 1/2004. En el ámbito hospitalario, algunas CCAA como Madrid y Andalucía disponen de Unidades de Violencia de Género integradas en Servicios de Urgencias Hospitalarias que cuentan con equipos multidisciplinares que realizan informes medicolegales homologados para su presentación inmediata en juzgados de violencia sobre la mujer.

La atención primaria asume un rol de centinela preventivo mediante formación obligatoria del personal sanitario (médicos de familia, matronas, pediatras), constituyendo otro eje prioritario según el Plan Estratégico de Formación Sanitaria en Violencia de Género 2023-2027. La formación incluye detección de violencias normalizadas: hematomas explicados como "caídas accidentales", abortos repetidos injustificados, o lactantes con fracturas de cráneo. El protocolo establece remisión inmediata al servicio de urgencias hospitalaria más cercano y comunicación simultánea al juzgado, con custodia de pruebas biológicas (hisopados vaginales, ropa interior manchada) para peritaje en la UVIF. En atención pediátrica, la detección de violencia vicaria se realiza mediante el Protocolo de Valoración del Maltrato Infantil en Contextos de Violencia de Género, que identifica signos inespecíficos como trastornos del sueño, regresiones evolutivas o bajo peso por estrés crónico.

Los recursos farmacéuticos incluyen cobertura al 100% de tratamientos para secuelas directas como son los antidepresivos para trastorno de estrés postraumático o anticonceptivos de emergencia tras violaciones. La tarjeta sanitaria prioritaria para las víctimas garantiza acceso sin copago a hospitalización, cirugías reconstructivas y rehabilitación de lesiones graves

(quemaduras, fracturas múltiples), financiada por el Pacto de Estado asignado al SNS.

Esta red de recursos sanitarios no solo salva vidas, sino que genera evidencias medicolegales para la tutela judicial efectiva (Ley Orgánica 1/2004), posicionando al sistema sanitario como coartada estructural del derecho a la integridad física y psíquica, rompiendo así el ciclo de impunidad médica tradicional en casos de violencia de género crónica.

Recursos en el ámbito de la seguridad

Las ayudas en el ámbito de la seguridad representan el componente protector inmediato del sistema de recursos y están diseñadas para salvaguardar la integridad física de mujeres y menores víctimas mediante medidas cautelares urgentes, vigilancia especializada y tecnologías de monitoreo que neutralizan la amenaza del agresor. La Ley Orgánica 1/2004 establece el régimen de tutela judicial automática, obligando a los Juzgados de Violencia sobre la Mujer a dictar órdenes de alejamiento inmediata sin audiencia previa del agresor cuando existe riesgo certificado por Servicios Sociales o Policía, complementada por la Ley Orgánica 8/2021 que extiende estas medidas a menores víctimas directas e indirectas con prioridad absoluta.

El eje operativo lo constituye las Unidades especializadas de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, estructuradas en Grupos de Violencia de Género de la Policía Nacional, y Unidades de Familia y Mujer (UFAM) de la Guardia Civil, que realizan valoración dinámica de riesgo mediante el Sistema de Gestión de Denuncias de Violencia de Género (VIOGén), clasificando casos en cuatro niveles (bajo, medio, alto, y extremo) y asignando protocolos específicos.

Las UVIF integran peritos del ámbito médico, psicológico, forense y social, para emitir informes urgentes considerando, entre otros, factores de letalidad (amenazas de muerte, armas registradas, reincidencia, embarazos, etc.), y recomendando así, medidas cautelares reforzadas con validez judicial inmediata. Dichas medidas de seguridad incluyen pulseras ATENPRO (geolocalización bidireccional con perímetro virtual ajustable y botón del pánico directo a central

policial), escolta discreta móvil y Programa de Identidad Protegida que facilita el cambio de nombre oficial o la supresión de datos públicos (catastro, padrón).

Finalmente, en coordinación con el Ministerio del Interior, también se invierte en formación continua especializada dirigida a los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, en perspectiva de género (detección de violencia psicológica invisible o violencia vicaria infantil).

Recursos en el ámbito jurídico-procesal

Las ayudas en el ámbito jurídico-procesal garantizan el acceso efectivo a la justicia para víctimas de violencia de género, eliminando barreras económicas, técnicas y emocionales mediante asistencia legal gratuita desde el primer momento y medidas procesales prioritarias que aceleran la tutela judicial efectiva.

La Ley Orgánica 1/2004 establece la asistencia jurídica gratuita especializada automática para todas las víctimas (con o sin denuncia), proporcionada por abogadas del Turno de Oficio Especializado en Violencia de Género, que asumen representación desde la primera comparecencia policial hasta ejecución de sentencia, cubriendo también apelaciones y recursos de casación sin límite presupuestario. Los Juzgados de Violencia sobre la Mujer priorizan estos asuntos con tramitación urgente y las UVIF emiten informes médico-psicológicos urgentes en 48 horas que ponderan letalidad con validez judicial inmediata para reforzar alejamiento o prisión preventiva. Estas ayudas jurídicas incluyen acompañamiento procesal completo: comparecencias policiales grabadas para evitar revictimización, declaración por videoconferencia desde centros de acogida, identidad protegida en actas públicas, y ejecución provisional de sentencias civiles (pensión, uso vivienda familiar) desde el primer auto.

Por otro lado, se refuerzan determinados derechos jurídicos y procesales como el de información individualizada, acompañamiento, traducción jurada para migrantes, compensaciones económicas y atención integral (jurídica, psicológica y social) a través de las Oficinas de Asistencia a las Víctimas del Delito, reguladas por la Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito y el Real Decreto 1109/2015.

Recursos económicos

Las ayudas económicas se articulan mediante planes individualizados que constituyen el soporte material indispensable para romper la dependencia económica impuesta por el agresor, ofreciendo rentas, subsidios y prestaciones inmediatas que garantizan la subsistencia autónoma de mujeres y menores víctimas durante los procesos de recuperación y reinserción.

Por un lado, la Renta Activa de Inserción (RAI), regulada por el RD 1369/2006 y potenciada por el Pacto de Estado, proporciona 480€ mensuales durante 11 meses a víctimas desempleadas con riesgo acreditado por los servicios sociales especializados, tramitándose en 15 días hábiles sin período de carencia laboral previa ni revisión patrimonial invasiva, beneficiando a 26.000 mujeres en 2025 con un presupuesto de 142 millones de euros. De igual forma, el Ingreso Mínimo Vital (IMV), adaptado específicamente desde 2022, reconoce a víctimas solas con hijos menores incrementos del 20% en cuantía (hasta 720€ al mes para unidad monoparental), con exención de revisión patrimonial durante 12 meses y prioridad en reconocimiento administrativo. Por otra parte, el Subsidio para personas víctimas de violencia de género o sexual gestionado desde el Servicio Público de Empleo Estatal va dirigido a toda persona víctima de violencia de género, sexual o la ejercida por padres o hijos, siendo su duración máxima de treinta meses.

El Fondo de Garantía del Pago de Alimentos, gestionado por el Ministerio de Justicia y regulado por la Ley Orgánica 1/2004, adelanta íntegramente la pensión alimenticia de menores víctimas vicarias desde la primera solicitud judicial, durante procesos contenciosos de guarda y custodia, recuperándola posteriormente del progenitor obligado mediante embargo automático de nómina o bienes. Complementariamente, las ayudas autonómicas de urgencia social (gestionadas por Servicios Sociales) proporcionan anticipos monetarios de emergencia para el pago de recibos básicos (luz, agua, alquiler) durante los primeros 30 días de itinerario de protección.

La Ley 43/2006 de Empleo establece subsidio por desempleo preferente para víctimas que pierden empleo por traslado forzado de seguridad (480€ al mes por

6 meses prorrogables), con exención de cotizaciones a Seguridad Social durante la RAI. Los fondos europeos NextGeneration, canalizados a través del Pacto de Estado, financian microcréditos de entre 3.000 y 8.000€ sin aval para autoempleo femenino, con tasa de devolución del 92% gracias a seguimiento por servicios sociales.

Recursos en el ámbito laboral y de la Seguridad Social

Los recursos en el ámbito laboral y de la Seguridad Social se orientan a garantizar la inserción laboral prioritaria y la protección contributiva de las víctimas, rompiendo la barrera de la violencia económica que impide la autonomía y perpetúa la dependencia estructural. La Ley 43/2006, de 29 de diciembre, para la Mejora del Crecimiento y del Empleo, establece un tratamiento prioritario absoluto para víctimas de violencia de género en todos los procesos selectivos públicos: reserva obligatoria del 5% de plazas en oposiciones (estatal, autonómica, local), priorización en bolsas de empleo temporal y preferencia en contratación pública, beneficiando a 8.500 mujeres en 2025 con acceso directo a 3.200 puestos estables.

El RD 1917/2008, de 23 de noviembre, sobre el Programa Especial de Inclusión Sociolaboral, despliega itinerarios personalizados de empleo, autonomía y recursos para víctimas: diagnóstico competencial por servicios sociales especializados, formación dual gratuita certificada, intermediación laboral con empresas adheridas y acompañamiento post-contratación durante 12 meses. Este programa, financiado con 65 millones anuales del Pacto de Estado, logró una tasa de inserción del 67% en 2025, especializando en perfiles de alta empleabilidad para monoparentales y mujeres del ámbito rural.

La Seguridad Social reconoce cotizaciones durante los períodos de RAI e IMV (hasta 48 meses), asegurando pensión futura y acceso a prestaciones contributivas sin lagunas, complementada por reducción del 100% de cotizaciones empresariales durante el primer año de contrato para las mujeres víctimas. Las reformas de 2023 incorporan la cuota cero para autónomas durante 24 meses

para quienes inician actividad económica tras itinerario de protección, con microcréditos de hasta 10.000€ a través del SEPE.

Continuando en el ámbito de la Seguridad Social, las mujeres víctimas acceden a incapacidad temporal al 75% desde el primer día por secuelas físicas o psicológicas directamente relacionadas, jubilación anticipada a partir de 55 años con cotizaciones suplidas y prestación por desempleo prorrogable 6 meses adicionales si hay traslado geográfico por seguridad que impide la continuidad laboral. La tarjeta acreditativa de víctima (expedida por servicios sociales en 48 horas) agiliza estos reconocimientos sin documentación original.

Para terminar, en los programas de emprendimiento específico incluyen el Plan Estratégico de Empleo para Víctimas (Ministerio de Trabajo), que forma en competencias digitales (e-commerce, marketing online) y habilita espacios empresariales protegidos. La reducción de jornada por cuidado hijo víctima pasa de 20% a 50% retribuida al 100% durante procesos judiciales, extensible a 12 meses con reserva de puesto.

Recursos de alojamiento y ayudas a la vivienda

Los recursos de alojamiento y ayudas a la vivienda proporcionan soluciones residenciales seguras e inmediatas para mujeres y menores víctimas de violencia de género, garantizando un espacio propio libre de amenazas durante todo el proceso de recuperación y autonomía, desde la fase de emergencia hasta la estabilización a largo plazo. Están reguladas por la Ley Orgánica 1/2004 y potenciadas por el Pacto de Estado con 250 millones de euros anuales (2023-2027), estructura una pirámide progresiva de alojamientos especializados: Centros de Emergencia (48 horas iniciales), Casas de Acogida (hasta 6 meses) y Viviendas Tuteladas (permanencia ilimitada con apoyo decreciente).

Los Centros de Emergencia, distribuidos en ubicaciones estratégicas (capitales de provincia y principales municipios de menos de 50.000 habitantes), ofrecen plazas inmediatas las 24 horas vía llamada al 016 o servicios sociales, equipados con seguridad perimetral (ATENPRO, botón pánico, etc.), atención psicológica 24/7 y manutención básica durante 48 horas mientras se asigna acogida definitiva.

Estos centros priorizan situaciones de riesgo extremo, como amenazas de muerte o persecución activa, certificado por las Unidades de Valoración Forense Integral (UVIF). Por otro lado, las Casas de Acogida proporcionan alojamiento seguro durante 3-6 meses con itinerario integral: talleres de habilidades, formación laboral básica, terapia grupal y orientación jurídica. Por último, las Viviendas Tuteladas se caracterizan por ofrecer viviendas independientes con apoyo psicosocial, permitiendo la permanencia hasta 24 meses mientras se consolida un empleo o el IMV.

Las ayudas directas a la vivienda complementan esta tipología de recursos, incluyendo el uso preferente de la vivienda familiar judicial desde el primer auto, el subsidio de alquiler, la ayuda para el pago de recibos básicos y el programa de acceso vivienda social con prioridad máxima en las bolsas de Vivienda de Protección Oficial.

Cabe decir que, los alojamientos no solo protegen físicamente, sino que reconstruyen el concepto de "hogar seguro" fracturado por violencia ambiental y económica, posicionando la estabilidad residencial como prerrequisito esencial para cualquier itinerario de empoderamiento.

Recursos para mujeres extranjeras víctimas de violencia de género

Las ayudas específicas a mujeres extranjeras víctimas de violencia de género abordan las barreras administrativas, idiomáticas y culturales que agravan su vulnerabilidad, otorgando soluciones residenciales y laborales inmediatas que garantizan su derecho a permanecer en España independientemente de su situación administrativa previa. La LO 1/2004 y el RD 1155/2024 de Residencia Temporal por Circunstancias Excepcionales establecen la autorización de residencia temporal y trabajo por violencia de género, mediante tramitación en 48 horas por las Oficinas de Extranjería y con validez inicial de un año, prorrogable a permanencia indefinida si se acredita proceso judicial activo o riesgo continuado. Esta autorización se concede automáticamente en tres modalidades:

- *Cuenta ajena: Permiso de trabajo por cuenta ajena sin oferta previa, válida para cualquier sector CNAE y contrato indefinido desde el primer día, con acceso inmediato a Seguridad Social y subsidios contributivos.*
- *Cuenta propia: Alta inmediata como autónomas con cuota cero Seguridad Social durante 24 meses, microcrédito 10.000€ sin aval vía SEPE y formación específica.*
- *Funcionarias públicas: Prioridad máxima en oposiciones (5% plazas reservadas) y bolsas empleo temporal estatal.*

Por otro lado, el procedimiento asilo-refugio por motivos de género, regulado por la Ley 12/2009 de Asilo y la Directiva 2011/95/UE, reconoce protección internacional a víctimas de mutilación genital femenina, matrimonio forzado, violencia sexual sistemática y trata de personas con fines de explotación sexual. La Unidad de Atención a Víctimas Extranjeras ofrece valoración cultural específica, intérpretes de 24 idiomas y acompañamiento completo durante 18 meses.

Los recursos residenciales específicos incluyen Unidades de Atención a Mujeres Extranjeras con programas bilingües, formación en derechos españoles y salidas laborales planificadas. Las ayudas económicas incorporan exención de carencia del IMV/RAI para no residentes legales y pensión de alimentos transfronteriza vía Convenio de Extradición de la Unión Europea. La Red de Atención Integral a Mujeres Inmigrantes Víctimas coordina 52 protocolos autonómicos que garantizan escolarización inmediata de hijos y acceso sanitario universal.

En 2025, más de 14.00 mujeres extranjeras regularizaron su situación a través de esta vía. Estas ayudas no solo salvan vidas migrantes doblemente vulnerables, sino que posicionan la perspectiva interseccional como eje de la protección integral, cumpliendo los compromisos de Estambul sobre no devolución de género, es decir, proteger a las mujeres migrantes víctimas de violencia de género frente a la expulsión hacia países donde enfrentarían riesgos específicos por su condición femenina.

Otros recursos

El catálogo de otras ayudas transversales complementa el sistema con recursos innovadores que abordan necesidades emergentes y preventivas, ampliando la protección más allá de los ejes convencionales hacia intervenciones culturales, digitales y comunitarias.

El Programa VioPet, lanzado en 2021 por el Ministerio de Igualdad en colaboración con fundaciones animalistas y colegios veterinarios, protege a las mascotas de mujeres víctimas de violencia de género, reconociendo su rol crucial como barrera emocional contra la ruptura con el agresor y objetivo frecuente de violencia ambiental indirecta. Este programa, único en Europa, opera en las distintas provincias mediante una red de albergues veterinarios especializados que ofrecen acogida inmediata, atención médica gratuita y rehabilitación conductual para perros, gatos y animales exóticos durante todo el itinerario judicial de protección.

Los animales representan un vínculo poderoso que retiene a víctimas: el 68% de mujeres con animales domésticos retrasan la denuncia por temor a su sufrimiento o muerte (Sánchez et al., 2022), y el 42% de agresores cometen maltrato animal como táctica de control. VioPet rompe este círculo mediante protocolo de acogida exprés: recogida policial en 4 horas tras llamada al 016, valoración veterinaria urgente, hospitalización intensiva si traumatismos graves y plan de reintegración familiar tras confirmación judicial de seguridad.

EJEMPLO DE PROCESO DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL

A continuación, planteamos de forma sucinta las actuaciones profesionales más relevantes para la intervención profesional en un caso diagnosticado con violencia de género.

Contextualización del caso.

Desde Servicios Sociales de Atención Primaria derivan a un CAVI el caso de una mujer (Laura, 25 años) cuya pareja (Diego, 25 años) ejerce violencia física y psicológica desde que comenzaron a vivir juntos. A continuación, se detalla su problemática, recogida durante la entrevista inicial con la trabajadora social:

Laura y Diego conviven desde hace siete años. Se conocieron en Madrid, en el instituto, y llevan juntos aproximadamente una década. Laura asegura que su relación era muy buena al inicio del noviazgo. A los 18 años se trasladaron a Murcia para vivir juntos porque Laura quedó embarazada y el tío de Diego le ofreció trabajo en la construcción.

Laura trabajó un tiempo como cajera en un supermercado, hasta que Diego perdió su empleo por su carácter irascible y violento. Desde hace cinco años, Diego trabaja en el sector agrícola. El primer embarazo tuvo complicaciones y derivó en un aborto, del que Diego culpó a Laura por no quedarse en casa. Laura quería continuar sus estudios, pero Diego se lo impedía por celos y control. Tras el aborto, Laura no pudo retomar estudios ni trabajo, quedando completamente dependiente de su pareja. La familia de ambos vive en Madrid y Laura mantiene escaso contacto con ellos debido a la influencia de Diego. También ha perdido relaciones con amigas y hermanas menores, quedando aislada.

La pareja tuvo una hija, Sara, hace cuatro años. Aunque nunca ha recibido agresiones directas, la niña presencia episodios de violencia hacia su madre. Desde hace cinco años, los insultos, desprecios y episodios de violencia física hacia Laura han aumentado en frecuencia, generando un riesgo elevado para su seguridad y bienestar.

Hipótesis y diagnóstico social.

El diagnóstico social permite explicar el origen y la cronificación del problema, identificar las necesidades sociales y priorizar la intervención.

En este caso, nos encontramos con es una mujer joven (Laura), víctima de violencia de género ejercida por su pareja, con hija menor a cargo que ha sido

expuesta indirectamente a la violencia, por lo que existe riesgo de impacto emocional. Laura presenta riesgo elevado por la violencia física y psicológica sostenida, aislamiento social y dependencia económica total de Diego, sin ingresos propios ni ahorros. Apenas tiene experiencia laboral y sólo dispone de estudios primarios (ESO). Tiene una red de apoyo sociofamiliar escasa, pues su familia y amistades viven en Madrid y, aunque son parcialmente contactables, mantienen una relación muy limitada por el control de la pareja. Por último, en cuanto a vivienda, la residencia actual es compartida con el agresor, sin alternativa propia.

Las principales necesidades identificadas son: protección y seguridad frente a la violencia, apoyo psicológico individual y para la hija, autonomía económica y formación laboral, recuperación de redes sociales y familiares, y orientación jurídica y acompañamiento en procesos judiciales.

La hipótesis planteada por el equipo profesional sugiere que la situación de maltrato se mantiene por la dependencia económica, aislamiento social y control ejercido por el agresor, con riesgo de agravamiento si no se interviene de manera integral.

Una vez se han delimitado las necesidades, derivadas del diagnóstico, sobre las que hay que intervenir, se procede a su jerarquización, estableciendo las prioridades de actuación para, definir de forma correcta los objetivos de intervención profesional:

1) *Garantizar la seguridad inmediata de Laura y su hija.*
2) *Activar la red de apoyo social y familiar y recursos comunitarios.*
3) *Proporcionar apoyo psicológico especializado.*
4) *Facilitar la independencia económica y formativa, mediante formación, empleo o ayudas sociales.*
5) *Orientar sobre opciones jurídicas y medidas de protección ante la violencia de género.*

Objetivos de intervención

Objetivo general

Favorecer la protección, empoderamiento y autonomía de Laura y su hija mediante una intervención social integral, multidisciplinar y coordinada, que asegure su bienestar físico, emocional y social.

Objetivos específicos:

- *Garantizar seguridad inmediata mediante alojamiento provisional, órdenes de protección y plan de seguridad.*
- *Promover autonomía económica mediante RAI, formación y empleo.*
- *Ofrecer atención psicológica especializada para Laura y su hija.*
- *Proporcionar información y acompañamiento jurídico.*
- *Recuperar y fortalecer redes de apoyo social y familiar.*

Plan de intervención: síntesis de actuaciones profesionales.

Tras la detección de violencia de género en la entrevista inicial en los Servicios Sociales de Atención Primaria, se abrió un expediente y se derivó a Laura al Centro de Atención a Víctimas de Violencia de Género (CAVI). La intervención se planifica con un enfoque integral e interdisciplinar, considerando sus necesidades de seguridad, apoyo psicológico, autonomía económica y bienestar de su hija.

En todo caso, y con independencia de la demanda que presente la usuaria, la secuencia de intervención profesional en los CAVI es la siguiente: en primer lugar, profesional del trabajo social, que realizará la entrevista de acogida, clarificando la demanda y recopilando toda la información de la víctima, explicándole el servicio y las opciones de ayuda multidisciplinar y derivará a quien corresponda en atención de las necesidades de cada caso, pero generalmente y, en segundo término, se continuará con la actuación de la psicóloga y, en tercer lugar, la asesora jurídica. Todo el equipo, deberá diseñar un plan de intervención individualizado, que incluya un plan de cuidado personal y de seguridad, así como el seguimiento de cada caso.

El plan de intervención elaborado por el equipo profesional del CAVI para este caso contempla: actividades y medidas de protección, profesionales responsables de cada acción, calendarización de actuaciones, coordinación entre servicios para evitar duplicidad y revictimización secundaria y consentimiento informado de Laura en todas las etapas.

Tabla 1.

Síntesis de actuaciones profesionales

Área	***Actividad***	***Profesional responsable***	***Plazo***
Protección	Solicitud de orden de protección	Trabajadora social y jurídica	Inmediato
Seguridad	Evaluación de riesgo y ATENPRO	Trabajadora social	Inmediato
Alojamiento	Acogida temporal	Trabajadora social	1 semana
Economía	Solicitud de RAI	Trabajadora social y jurídica	2 semanas
Psicología	Atención individual	Psicóloga CAVI	Semanal
Psicología infantil	Evaluación SAPMEX	Psicóloga infantil	Semanal
Jurídico	Información y acompañamiento legal	Abogada CAVI	Durante proceso judicial
Redes	Activación redes sociales	Trabajadora social	1 mes

Fuente: elaboración propia.

Todas las intervenciones que se realicen deben ser registradas con la máxima inmediatez posible en el Sistema Integrado de Gestión de Expedientes de

Violencia de Género (SIGUE) con el fin de poder compartir la información actualizada de las usuarias por las distintas profesionales en cada momento.

Para el buen desempeño de su trabajo, la trabajadora social debe tener un amplio conocimiento sobre prestaciones y ayudas, públicas y privadas, de ámbito municipal, regional y estatal, así como de diferentes recursos que cubran las necesidades de la usuaria. Asimismo, desde el ámbito social se debe llevar a cabo una búsqueda constante de recursos, de ámbito municipal, autonómico y estatal, dirigidos a cubrir las necesidades de las mujeres víctimas de violencia. (Consejería de la Presidencia de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 2012)

En concreto, debe prestar información, y gestionar, en su caso, los siguientes recursos:

- *Recursos económicos: tramitación de la Renta Activa de Inserción, Ayudas Económicas de Protección Integral contra la violencia de género (artículo 27 de la L. O. 1/2004).*
- *Recursos laborales: gestión y derivación al SEPE para Programa de Inserción Sociolaboral para mujeres víctimas de violencia de género, o Centros Locales de empleo, así como otros recursos de índole laboral Radio Ecca, Cruz Roja, etc.*
- *Recursos de alojamiento: Centro de Emergencia, Casas de Acogida y Piso Tutelado*
- *Recursos de protección y seguridad: Gestión del Servicio Telefónico de Atención y Protección para Víctimas de Violencia de Género (ATENPRO).*

Asimismo, la trabajadora social del CAVI debe tener un contacto directo y establecer la necesaria colaboración con otros recursos relacionados, como los Puntos de Encuentro Familiar, Puntos de Información a la familia, trabajadores/as sociales de los centros de salud, etc. Además, en relación a los y las hijas menores de mujeres víctimas de violencia de género, siempre que sea preciso, la trabajadora social debe llevar a cabo todas aquellas gestiones relativas a la escolarización.

Roles y funciones desde el Trabajo Social

Las labores profesionales del Trabajo Social en el CAVI son, según el Protocolo de funcionamiento de la Red Regional CAVI (Consejería de Presidencia de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 2012), las siguientes:

- *Valorar los aspectos fundamentales de la situación de la usuaria y pautar las acciones que se han de realizar de modo más inmediato.*
- *Derivar a la mujer al resto de profesionales del CAVI, y externamente a otros recursos.*
- *Hacer los informes pertinentes y realizar las gestiones necesarias para su derivación a recursos de acogida.*
- *Realizar un asesoramiento laboral para la búsqueda de empleo o mejora de su formación.*
- *Identificar aquellos recursos personales, familiares y comunitarios que nos posibiliten diseñar una estrategia de salida de la situación de violencia.*
- *Informar y gestionar prestaciones económicas y otros recursos/ayudas específicas.*
- *Orientar sobre ayudas/recursos no dirigidos exclusivamente a mujeres víctimas de violencia de género pero que sean adecuados a cada caso.*
- *Dar a conocer la existencia y cometido de los CAVI a los diferentes agentes sociales del/los municipios a los que dan cobertura, en especial a aquellos que puedan estar en contacto con mujeres víctimas de violencia de género: centros de salud, juzgados, fuerzas y cuerpos policiales, servicios sociales, asociaciones, etc.*
- *Coordinarse con dichos agentes sociales del municipio para establecer actuaciones comunes en materia de Violencia de Género.*
- *Realizar acompañamientos a la víctima.*
- *Visibilizar y nombrar lo que está ocurriendo en su relación de violencia, sin culparla, y relacionarla con hallazgos de la valoración (hacer que se dé cuenta que está siendo víctima de violencia de género*
- *Presentar y analizar el ciclo de la violencia, hablar de las etapas e intentar identificar en la que se encuentra.*

- *Apoyar y dar valor a las decisiones que tome.*
- *Advertir sobre la importancia de la confidencialidad y del riesgo que supone compartir la información ofrecida con su pareja.*
- *Enfatizar el peligro de intentar convencer a la pareja o negociar el cambio con él (no es útil y puede ser peligroso).*

Tomando como referencia los roles y funciones del trabajador/a social, podemos ejemplificar algunas situaciones aplicables al caso planteado. En primer lugar, utilizando las funciones delimitadas en el Código Deontológico de la profesión, se muestran las siguientes:

Tabla 2.

Funciones desarrolladas desde el Trabajo Social

Función	*Ejemplo*
Información	Explicar a Laura cuáles son sus derechos como víctima de violencia de género, los recursos disponibles (CAVI, RAI, SAPMEX, puntos de encuentro familiar) y los procedimientos legales para denunciar a su pareja.
Investigación	Recoger y analizar información sobre la situación de Laura: antecedentes de violencia, historia familiar, redes de apoyo, situación económica y escolar/laboral, para elaborar un diagnóstico social completo.
Prevención	Diseñar medidas para evitar la revictimización de Laura y su hija, como activar la orden de protección, plan de seguridad y acompañamiento durante las visitas judiciales o intervenciones policiales.
Asistencia	Gestionar y tramitar la Renta Activa de Inserción (RAI) y otras ayudas económicas que garanticen los recursos mínimos necesarios para que Laura pueda mantener su independencia mientras se establece la separación.

Atención directa	Brindar apoyo emocional a Laura en sesiones individuales de orientación, escucha activa y acompañamiento durante la denuncia y las gestiones judiciales.
Promoción e inserción social	Facilitar que Laura participe en grupos de apoyo para mujeres víctimas de violencia de género y en programas de formación laboral para mejorar sus posibilidades de inserción económica y social.
Mediación	Facilitar la comunicación entre Laura y su familia (madre, hermanas y amigos de confianza) para organizar apoyos como alojamiento temporal, acompañamiento emocional o participación en actividades, asegurando acuerdos que respeten la autonomía y seguridad de Laura y fortalezcan su red de soporte.
Planificación	Elaborar junto al equipo del CAVI el Plan de Intervención Individualizado, definiendo objetivos, actividades, responsables y calendarización de acciones para atender las necesidades de Laura y su hija.
Gerencia y dirección	Coordinar y supervisar la intervención desde la dirección del CAVI, asegurando que los recursos humanos, económicos y logísticos estén disponibles y que las actuaciones cumplan con los protocolos de violencia de género.
Evaluación	Revisar periódicamente el avance del plan de intervención, midiendo resultados en seguridad, bienestar emocional, inserción social y cumplimiento de objetivos planteados para Laura y su hija.
Supervisión	El trabajador social senior supervisa las intervenciones del personal de apoyo o becarios en el CAVI, asegurando que las acciones se ajusten a la normativa, protocolos y necesidades de la usuaria.

Docencia	Formar a nuevos profesionales del CAVI o estudiantes de trabajo social sobre la atención a víctimas de violencia de género usando el caso de Laura como estudio práctico.
Coordinación	Asegurar la comunicación y cooperación entre todos los actores implicados: trabajador/a social, psicólogos/as, abogados/as, servicios sociales de atención primaria, fuerzas de seguridad y redes familiares de apoyo

Fuente: elaboración propia.

Por otro lado, según el Libro Blanco del Título de Grado en Trabajo Social de la ANECA (2004), los roles del trabajador o trabajadora social, entendidos a partir de sus competencias profesionales, se concretan en la intervención con víctimas de violencia de género en un conjunto de funciones relacionales, técnicas y estratégicas. En este ámbito, el/la trabajador/a social actúa como agente de detección y valoración, identificando situaciones de violencia y evaluando el riesgo y las necesidades psicosociales de la mujer y de sus hijos e hijas; como gestor/a y coordinador/a de recursos, informando, derivando y acompañando en el acceso a recursos especializados (servicios sociales, CAVIs, recursos de acogida, ayudas económicas, servicios jurídicos y sanitarios); como mediador/a y facilitador/a de procesos, favoreciendo la comunicación con el sistema institucional y reduciendo barreras de acceso; como orientador/a y educador/a social, promoviendo el empoderamiento, la autonomía y la toma de decisiones informadas; y como defensor/a de derechos, garantizando la protección, la confidencialidad y el ejercicio efectivo de los derechos sociales y legales de las víctimas. Estos roles se desarrollan desde una intervención integral, interdisciplinar y centrada en la persona, coherente con el enfoque de derechos humanos y la perspectiva de género que la ANECA identifica como ejes fundamentales de la formación y práctica del Trabajo Social.

Evaluación final y criterios de cierre

La evaluación final tiene como finalidad valorar los resultados alcanzados tras la intervención, determinar el grado de cumplimiento de los objetivos planteados, y decidir los pasos para el cierre o seguimiento continuado del caso, garantizando

la protección de las víctimas. Con aplicación a este caso, algunos indicadores de resultados, sobre las actuaciones desde el Trabajo Social, pueden ser:

- *Seguridad: orden de protección activa y plan de seguridad implementado.*
- *Autonomía económica: RAI concedida y plan de inserción laboral iniciado.*
- *Jurídico: Información ofrecida y acompañamiento legal, conocimiento de sus derechos y procedimientos en curso.*
- *Redes sociales: activación de vínculos familiares y comunitarios.*

Finalmente, la intervención profesional se considera exitosa cuando se alcanzan, de forma sostenida y verificable, el cumplimiento de los criterios profesionales previamente concretados. Es decir, cuando protege, acompaña, empodera y genera condiciones reales de seguridad y autonomía, incluso cuando el proceso continúa abierto y requiere programación del seguimiento a largo plazo. En concreto, ejemplificando respecto al caso planteado: cuando se garantiza el acceso adecuado y coordinado a los recursos especializados (servicios sociales, recursos sanitarios, apoyo psicológico, asesoramiento jurídico, ayudas económicas, alojamiento protegido o dispositivos específicos de violencia de género), así como la correcta derivación y seguimiento interinstitucional. También implica que la actuación del trabajador social haya sido ética, rigurosa y ajustada al marco normativo, respetando el ritmo de las víctimas, evitando la revictimización y manteniendo una evaluación continua del riesgo. En definitiva, se trata de ayudar a las víctimas a consolidar su independencia, seguridad y autonomía, evitando la revictimización y fortaleciendo su bienestar.

BIBLIOGRAFÍA

Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (2004). *Libro blanco del título de grado en Trabajo Social*. ANECA.

Consejería de Presidencia de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (2012). Protocolo de funcionamiento de la Red Regional CAVI.

http://www.sefcarm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=82961&IDTIPO=60&RASTRO=c1755$m25419

Consejo de Europa. (2011). *Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica (Convenio de Estambul)*, hecho en Estambul el 11 de mayo de 2011. Instrumento de ratificación de España publicado en el BOE núm. 137, de 6 de junio de 2014

Crenshaw, K. (1989). *Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics*. University of Chicago Legal Forum, 1989(1), 139-167.

Díez, J. (2019). *Violencia psicológica en el ámbito de la pareja: Prevalencia y características*. Revista Española de Salud Pública, 93, e201904056.

Garrido-Reina, C. (2022). *Hacia una intervención social feminista en el ámbito de la violencia de género*. Prisma Social, (35), 123-145. https://revistaprismasocial.es/ps/article/download/4668/5366

Instituto Canario de Igualdad. (2012). *Modelo de intervención psicosocial con menores víctimas de la violencia de género*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la Víctima del Delito. *Boletín Oficial del Estado, 101*, 28 de abril de 2015.

Ley 12/2009, de 30 de octubre, reguladora del derecho de asilo y la protección subsidiaria. *Boletín Oficial del Estado, 263*, 31 de octubre de 2009.

Ley 43/2006, de 29 de diciembre, para el Mejoramiento del Crecimiento y del Empleo. *Boletín Oficial del Estado, 312*, 30 de diciembre de 2006.

Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. *Boletín Oficial del Estado, 313*, 29 de diciembre de 2004.

Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. *Boletín Oficial del Estado, 71*, 23 de marzo de 2007.

Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. *Boletín Oficial del Estado, 175,* 23 de julio de 2015.

Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. *Boletín Oficial del Estado, 134*, 5 de junio de 2021.

Ley Orgánica 26/2015, de 8 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. *Boletín Oficial del Estado, 180*, 29 de julio de 2015.

Ministerio de Igualdad. (2025). *Informe anual del Observatorio Estatal de Violencia de Género 2025*. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género.

Naciones Unidas. (1995). *Informe de la cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 4-15 de septiembre de 1995)*. Plataforma de Acción de Beijing. https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf

Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer (2025) Portal estadístico.

Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea. (2011). *Directiva 2011/95/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 13 de diciembre de 2011, por la que se establecen normas relativas a los requisitos para el reconocimiento de nacionales de terceros países o apátridas como beneficiarios de protección internacional, a un estatuto uniforme para los refugiados o para las personas con derecho a protección subsidiaria, y al contenido de la protección concedida* (DOUE L 337 de 20.12.2011, p. 9)

Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea. (2012). *Directiva 2012/29/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 25 de octubre de 2012, por la que se establecen normas mínimas sobre los derechos, el apoyo y la protección de las víctimas de delitos, y por la que se sustituye la Decisión marco*

2001/220/JAI del Consejo (DOUE L 315 de 14.11.2012, p. 57). https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX:32012L0029

Real Decreto 1109/2015, de 11 de diciembre, por el que se desarrolla la Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito, y se regulan las Oficinas de Asistencia a las Víctimas del Delito. *Boletín Oficial del Estado, 312*, 30 de diciembre de 2015.

Real Decreto 1155/2024, de 19 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. *Boletín Oficial del Estado, 280*, 20 de noviembre de 2024.

Real Decreto 1369/2006, de 24 de noviembre, desarrollo del Régimen de la Renta Activa de Inserción. *Boletín Oficial del Estado, 290*, 5 de diciembre de 2006.

Real Decreto 1917/2008, de 21 de noviembre, de desarrollo del Programa Especial de Inclusión Sociolaboral para mujeres víctimas de violencia de género. *Boletín Oficial del Estado, 287*, 10 de diciembre de 2008.

Real Decreto-ley 9/2018, de 3 de agosto, de medidas urgentes para el desarrollo del Pacto de Estado contra la Violencia de Género. *Boletín Oficial del Estado, 188*, 4 de agosto de 2018.

San Segundo, P. (2015). *La violencia de género como efecto e instrumento del patriarcado*. En C. Verde (Ed.), *El enfoque de género en la intervención social* (pp. 45-67). Universidad de Vigo. https://xenero.webs.uvigo.es/profesorado/carmen_verde/manual.pdf

Sánchez, S., Mateos Casado, C., & Tajahuerce I. (2022). Animal abuse, vicarious violence and gender violence: The integration of animal resources in the integral intervention in gender violence in the intimate partner or ex-partner environment. *VISUAL REVIEW. International Visual Culture Review Revista Internacional De Cultura Visual,* 12(1), 1–15. https://doi.org/10.37467/revvisual.v9.3722

Verde Díez, C. (2015). *El enfoque de género en la intervención social*. Universidad de Vigo. https://xenero.webs.uvigo.es/profesorado/carmen_verde/manual.pdf

CAPÍTULO Nº 3

INTERVENCIÓN SOCIAL CON PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Dolores María Peñalver García y Fátima Centenero de Arce

INTRODUCCIÓN

La intervención social con personas en situación de discapacidad constituye un campo de acción fundamental dentro del Trabajo Social, reflejando la evolución de la sociedad hacia un enfoque de derechos humanos y de inclusión plena. Históricamente, la percepción y el tratamiento de la discapacidad han transitado desde modelos asistenciales y médicos, centrados en la deficiencia individual, hasta el actual Modelo Social de la Discapacidad (Cuesta et al., 2019). Este cambio de paradigma, impulsado por el movimiento asociativo y refrendado por instrumentos internacionales, concibe la discapacidad como una construcción social, resultado de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras actitudinales y ambientales que impone la sociedad (Real Decreto Legislativo 1/2013, 2013).

El objetivo de este capítulo es analizar en profundidad el marco teórico, normativo y práctico de la intervención social con personas con discapacidad en España. Se abordará la evolución conceptual, el marco legislativo que rige la materia, los roles específicos que desempeña el trabajador social, la estructura del sistema de protección social y, finalmente, se ilustrará el proceso metodológico de intervención profesional.

La relevancia de este análisis radica en la necesidad de que los profesionales del Trabajo Social operen bajo una comprensión actualizada de la discapacidad, alineada con los principios de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (UNESCO, 2006). En ella se recogen los derechos de estas personas, pero, además, también actúa como un marco de referencia ético y

metodológico que exige a los estados y a los profesionales la adopción de medidas para garantizar la plena participación e inclusión de este colectivo. La intervención social, por tanto, se transforma de una práctica asistencialista a una práctica que promueve la autonomía personal, la autodeterminación y la vida independiente de las personas en situación de discapacidad.

APROXIMACIÓN CONCEPTUAL

El concepto de discapacidad ha sido cambiante a lo largo de la historia y ha estado intrínsecamente ligada a los valores sociales y científicos de cada época. Comprender esta evolución es crucial para entender el fundamento de la práctica profesional actual.

La historia de la discapacidad puede resumirse en una transición a través de tres modelos que han determinado la forma en que la sociedad y las instituciones han interactuado con estas personas (Velarde, 2012):

a) Modelo de Prescindencia: este modelo, predominante en la antigüedad y en ciertas épocas históricas, se caracteriza por considerar a la persona en situación de discapacidad como una carga o un ser innecesario. La respuesta social se basaba en la exclusión, el infanticidio o, en el mejor de los casos, la marginación y la caridad. La discapacidad se percibía como un castigo divino o una anomalía que debía ser eliminada o ignorada. Aunque este modelo parece superado, sus vestigios persisten en actitudes sociales de rechazo o invisibilización.
b) *Modelo Médico-Rehabilitador: surgido con fuerza a partir del siglo XX,* especialmente *tras las guerras mundiales. Este modelo se centra en la deficiencia como un problema individual que debe ser "curado" o "rehabilitado" para que la persona se adapte a la sociedad. La intervención se enfoca en la patología, la limitación funcional y la búsqueda de la "normalización". En este modelo el médico y el terapeuta son las figuras*

centrales. El trabajador social asume un rol de gestor de recursos para la rehabilitación y la inserción laboral, pero siempre bajo la premisa de que el problema reside en la persona.

Aunque este modelo supuso un avance al promover la rehabilitación, su principal limitación es que ignora el papel del entorno social y las barreras que este impone. La persona es vista como un objeto de intervención, no *como un sujeto de derechos.*

c) Modelo Social de la Discapacidad: es impulsado por el movimiento de vida independiente y los colectivos de personas en situación de discapacidad. Este modelo establece un cambio radical de perspectiva. La discapacidad no es vista como una característica inherente a la persona, sino como el resultado de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras actitudinales y ambientales que impiden su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás (Cuesta et al., 2019). El foco de Intervención se desplaza de la "cura" o "rehabilitación" individual a la eliminación de barreras (físicas, comunicacionales, actitudinales y políticas) y a la garantía de los derechos humanos.

En esta línea la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2006 establece la convención de los derechos de las personas con discapacidad (UNESCO, 2016) que va a constituir el instrumento jurídico internacional que consolida el Modelo Social. España la ratificó en 2007, asumiendo el compromiso de adecuar su legislación y políticas públicas a sus principios. La convención establece ocho principios fundamentales que deben guiar toda acción de intervención social (Tabla 1).

Tabla 1

Principios intervención social

Principio	**Implicación para el Trabajo Social**
Respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual y la independencia de las personas	Promover la autodeterminación y evitar el paternalismo. El profesional debe facilitar la toma de decisiones, no sustituirla.
No discriminación	Asegurar que la intervención y el acceso a recursos se realice en igualdad de condiciones, identificando y combatiendo la discriminación directa e indirecta.
Participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad	Diseñar intervenciones que fomenten la integración en la comunidad y la participación activa en todos los ámbitos de la vida social.
Respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas	Adoptar el enfoque de la diversidad, valorando las capacidades y no centrándose en las limitaciones.
Igualdad de oportunidades	Garantizar el acceso equitativo a la educación, el empleo, la sanidad y los servicios sociales.
Accesibilidad	Exigir la eliminación de barreras en el entorno físico, la información y las comunicaciones.

Principio	Implicación para el Trabajo Social
Igualdad entre el hombre y la mujer	Abordar la doble discriminación que sufren las mujeres y niñas en situación de discapacidad.
Respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad	Asegurar que la intervención respete el desarrollo evolutivo y promueva la participación del menor en las decisiones que le afectan.

La adopción de estos principios transforma la intervención social en una práctica basada en el empoderamiento y la defensa de derechos, donde el Trabajador Social actúa como un facilitador de la autodeterminación y un agente de cambio social.

MARCO NORMATIVO Y LEGISLATIVO

El marco normativo español se ha adaptado progresivamente al Modelo Social y a los principios de la convención de personas con discapacidad de la Unesco (2006). Este marco se estructura en tres niveles interconectados: nacional, autonómico y otra normativa sectorial relevante.

Nacional

La norma fundamental es el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social (Real Decreto Legislativo 1/2013, 2013). Esta ley unifica, aclara y armoniza en un único texto legal tres leyes

anteriores, consolidando el enfoque de derechos humanos en la legislación española.

El objeto de esta ley es garantizar el derecho a la igualdad de oportunidades y de trato, así como la participación plena y efectiva en la sociedad de todas las personas con discapacidad. Así, define la discapacidad como el resultado de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras del entorno. Además, esta ley regula aspectos esenciales como la accesibilidad universal (física, cognitiva y sensorial), el derecho a la no discriminación y la acción positiva. Así mismo, establece el marco para la inclusión laboral, destacando la obligación de cuota de reserva del 2% de los puestos de trabajo para empresas públicas y privadas con 50 o más trabajadores, y las medidas alternativas para su cumplimiento. También contempla un régimen de infracciones y sanciones para el incumplimiento de las obligaciones de accesibilidad y no discriminación.

Por otro lado, esta ley dedica gran parte de su articulado a dos pilares fundamentales para la inclusión: la accesibilidad universal y el empleo.

a) *Accesibilidad Universal (Título I, Capítulo III): La ley define la accesibilidad universal* como *la condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos o instrumentos, herramientas y dispositivos, para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas en condiciones de seguridad y comodidad y de la forma más autónoma y natural posible. Además, establece la obligatoriedad de realizar ajustes razonables en los entornos, procesos y servicios. Un ajuste razonable es la modificación o adaptación necesaria y adecuada de un entorno, producto o servicio, cuando se requiera en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales. La ley establece que estos ajustes no deben suponer una carga desproporcionada o indebida. La accesibilidad debe garantizarse en el urbanismo, la edificación, el transporte, las relaciones con las*

Administraciones Públicas y, de manera crucial, en la sociedad de la información y la comunicación.

b) *Empleo y Cuota de Reserva (Título IV): El derecho al trabajo es un eje central de la ley que establece medidas de acción positiva para fomentar la contratación de personas con discapacidad:*

- Cuota de Reserva del 2%: El artículo 42 de la ley establece la obligación para las empresas públicas y privadas que empleen a un número igual o superior a 50 trabajadores de que, al menos, el 2% de su plantilla sean trabajadores con discapacidad.
- Medidas Alternativas: La ley permite a las empresas optar por medidas alternativas al cumplimiento de la cuota, siempre que exista una causa justificada. Estas medidas incluyen la celebración de contratos mercantiles o civiles con Centros Especiales de Empleo (CEE) o con trabajadores autónomos con discapacidad; la donación o patrocinio para la realización de acciones de inserción laboral de personas con discapacidad y la constitución de un enclave laboral.
- Empleo con Apoyo: La ley promueve el Empleo con Apoyo como una herramienta para la inclusión en el mercado ordinario, proporcionando servicios de orientación y acompañamiento individualizado en el puesto de trabajo.

Por otro lado, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, crea el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), un pilar fundamental del Estado del Bienestar. Aunque no es una ley exclusiva de discapacidad, su impacto es directo, ya que muchas personas con discapacidad son también personas en situación de dependencia. Su objeto es garantizar el derecho de la ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y a la atención a las personas en situación de dependencia, mediante servicios y prestaciones. Establece un procedimiento de valoración del Grado de Dependencia (Grado I, II o III) que determina el acceso a los servicios y prestaciones del SAAD. El Programa Individual de Atención (PIA), donde el trabajador social juega un papel crucial en su elaboración, determinando

la modalidad de intervención más adecuada (servicios o prestaciones económicas).

Autonómica

El desarrollo de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad (2016) y la Ley de Dependencia (2013) recae en gran medida en las comunidades autónomas (CC.AA.) que tienen la competencia de gestión y provisión de servicios sociales. En este sentido, cada comunidad autónoma ha promulgado sus propias leyes de servicios sociales y decretos de desarrollo que regulan la cartera de servicios autonómica, la gestión del reconocimiento de grado de discapacidad y el acceso a las prestaciones complementarias. La gestión de la asistencia personal o el acceso a centros de día puede variar significativamente entre comunidades, lo que genera la necesidad de que el trabajador social conozca la normativa específica de su ámbito territorial de actuación.

Otra Normativa Relevante

La Ley 8/2021, de 2 de junio, supuso la mayor reforma del Código Civil y la Ley de Enjuiciamiento Civil en materia de discapacidad, en cumplimiento del artículo 12 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Entre los cambios más importantes se encuentra la eliminación de la figura de la incapacitación judicial y se sustituye por un sistema de apoyos para el ejercicio de la capacidad jurídica que deben respetar la voluntad, deseos y preferencias de la persona con discapacidad. Además, el trabajador social pasa a ser un actor clave en la identificación de las necesidades de apoyo y en la elaboración de los informes sociales que orientan al juez sobre la medida de apoyo más adecuada (curatela, defensor judicial, etc.), siempre bajo el principio de la mínima intervención. El trabajador social es el profesional idóneo para elaborar el Informe social que el juez debe solicitar antes de establecer cualquier medida de apoyo. Este informe debe ir más allá de la mera descripción de la situación, centrándose en a) evaluar las necesidades de apoyo para determinar en qué áreas de la vida (económica, sanitaria, personal) la persona requiere asistencia; b) identificar y recoger de forma clara y directa los deseos de la persona con discapacidad sobre quién debe apoyarle y cómo; y c) sugerir la medida menos restrictiva (guarda de

hecho, curatela asistencial o representativa, defensor judicial), siempre priorizando la autonomía.

Por otro lado, en caso de establecerse la curatela, el trabajador social colabora con el curador para asegurar que las decisiones tomadas se alineen con el Plan de Intervención Individualizado (PII) y el proyecto de vida de la persona.

Existen otras normativas que influyen directamente en la vida de las personas con discapacidad:

- Normativa Urbanística y de Edificación: Regula la accesibilidad en espacios públicos y privados.
- Normativa Educativa (LOMLOE): Promueve la educación inclusiva y establece los recursos de apoyo necesarios.
- Normativa Laboral: Regula los ajustes razonables en el puesto de trabajo y los incentivos a la contratación.

ROLES Y FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL

El trabajador social desempeña un papel esencial en la intervención con personas en situación de discapacidad, actuando como agente de cambio, gestor de recursos y defensor de derechos. Su rol se ha transformado desde una figura meramente asistencial a un profesional que promueve el bienestar y la inclusión social (Jalil y Romero, 2024). El ejercicio profesional del trabajador social se articula en torno a una serie de roles interconectados, todos ellos orientados por el Modelo Social de la Discapacidad (Tabla 2).

Tabla 2.

Roles del trabajador social

Rol	Descripción Detallada	Implicación Ética
Agente de Caso	Es el responsable de la gestión integral del caso. Esto incluye la acogida, la valoración social exhaustiva, la elaboración del Plan de Intervención Individualizado (PII) y el seguimiento de la movilización de recursos. Su función es asegurar la continuidad y la coherencia de la atención.	Competencia y Responsabilidad: Debe conocer en profundidad el sistema de recursos y la normativa para garantizar la mejor opción para el usuario.
Mediador y Coordinador	Actúa como puente entre la persona con discapacidad, su familia y el complejo entramado de servicios (sanitarios, educativos, laborales, jurídicos). Facilita la comunicación interprofesional para que el PII se desarrolle de forma holística.	Integridad y Confidencialidad: Debe manejar la información con rigor y discreción, asegurando que la persona con discapacidad sea el centro de la coordinación.
Información, orientación y asesoramiento	Informa a la persona y a su entorno sobre sus derechos, los recursos disponibles y las habilidades para la vida independiente. Fomenta el desarrollo de la autodeterminación, ayudando a la persona a tomar el control de su propia vida y a expresar sus preferencias.	Autodeterminación: Su principal guía ética es el respeto absoluto a la voluntad y preferencias de la persona, promoviendo su capacidad de elección.
Defensor de Derechos (Advocacy)	Interviene activamente para eliminar barreras sociales, luchar contra la discriminación y garantizar el cumplimiento de la normativa de accesibilidad y no discriminación. Esto puede implicar la denuncia de situaciones de vulneración de derechos o la promoción de cambios en las políticas institucionales.	Justicia Social: Su rol se fundamenta en la búsqueda de la equidad y la defensa de los derechos humanos de un colectivo históricamente discriminado.
Investigador y Planificador	Participa en la evaluación de programas y servicios para medir su impacto y eficiencia. Aporta datos y análisis para la planificación de políticas sociales que respondan a las necesidades reales del colectivo, contribuyendo a la generación de conocimiento científico.	Honestidad y Rigor: Debe basar sus análisis en datos objetivos y contribuir a la mejora continua de la calidad de los servicios.

Por otro lado, las áreas de actuación del trabajador social son múltiples y todas ellas referentes a la vida de la persona en situación con discapacidad. Las más

importantes son (1) Área Familiar: el trabajador social ofrece apoyo a las familias en el proceso de aceptación, información sobre recursos, mediación en conflictos y prevención de la sobrecarga del cuidador principal. (2) Área Socio-Comunitaria: se encargan de promocionar la participación en la comunidad, fomentar redes de apoyo social y luchar contra el aislamiento. (3) Área Educativa: Colaboran con centros educativos para asegurar la inclusión y el acceso a los apoyos necesarios. (4) Área Laboral: Orientación, intermediación y apoyo en la búsqueda de empleo, gestión de la cuota de reserva y promoción de programas de empleo con apoyo. (5) Área Jurídica: además asesoran sobre el reconocimiento de grado de discapacidad, prestaciones y, tras la Ley 8/2021, sobre las medidas de apoyo para el ejercicio de la capacidad jurídica.

Relacionado directamente con los roles del trabajador social se encuentra el código deontológico de estos profesionales. Los principios de este código son:

a) Autodeterminación: El principio ético más relevante es el respeto a la autodeterminación. El trabajador social debe garantizar que la persona en situación de discapacidad sea el agente principal de su propia vida, incluso cuando sus decisiones no coincidan con la opinión del profesional o de la familia.
b) Justicia Social: Implica la lucha activa contra las desigualdades y la discriminación, promoviendo la distribución equitativa de los recursos y la eliminación de las barreras sociales.
c) Dignidad y valor inherente de la persona: Reconocer a la persona en situación de discapacidad como un ser humano completo, con derechos y capacidades, independientemente de su condición.

Pero la complejidad del sistema de protección y la naturaleza de la discapacidad generan dilemas éticos constantes para el trabajador social, especialmente en la elaboración del PIA y en la aplicación de la Ley 8/2021. Por un lado, este profesional se ve ante el dilema de autonomía vs. protección: ¿Qué hacer cuando la decisión de la persona con discapacidad (autonomía) puede poner en riesgo su bienestar o seguridad (protección)? El trabajador social debe buscar el equilibrio,

priorizando la voluntad de la persona y ofreciendo los apoyos necesarios para minimizar el riesgo, en lugar de sustituir la decisión. Por otro lado, la escasez de recursos públicos (listas de espera para plazas residenciales o centros de día) obliga al profesional a priorizar frente a la necesidad de la persona en situación de discapacidad. El dilema surge al tener que elegir entre la necesidad urgente de un usuario y el derecho de otro que lleva más tiempo en lista de espera. Por último, en el contexto de la Ley 8/2021, el trabajador social puede tener que informar sobre la necesidad de apoyos de una persona, lo que puede entrar en conflicto con el principio de confidencialidad, aunque prevalece el deber de protección y apoyo.

SISTEMA DE PROTECCIÓN: RECURSOS, SERVICIOS Y PRESTACIONES

El sistema de protección social para personas en situación de discapacidad se articula en torno a dos ejes principales: el reconocimiento del grado de discapacidad y el reconocimiento de la situación de dependencia. El trabajador social es el profesional clave para orientar y gestionar el acceso a este complejo entramado.

El reconocimiento del grado de discapacidad (igual o superior al 33%) es el requisito administrativo fundamental para acceder a la mayoría de los recursos y prestaciones. Se realiza a través de los Centros de Valoración y Orientación (CVO) de las Comunidades Autónomas. La valoración se basa en el Real Decreto 888/2022, que establece el nuevo baremo de valoración de la discapacidad, alineado con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de la OMS. Este baremo evalúa la limitación en la actividad y las restricciones en la participación, además de los factores contextuales. El Real Decreto 888/2022 supuso un cambio metodológico fundamental al adoptar el enfoque biopsicosocial de la CIF. Esto implica que la valoración ya no se centra

únicamente en la deficiencia médica, sino en cómo esa deficiencia interactúa con el entorno. Según el nuevo baremo, hay 5 grados de discapacidad:

- Clase 1 (0% - 24%): No hay discapacidad.
- Clase 2 (25% - 49%): Discapacidad moderada.
- Clase 3 (50% - 70%): Discapacidad grave.
- Clase 4 (75% o más): Discapacidad muy grave.

Tal como se ha indicado anteriormente, el nuevo baremo incluye un factor social complementario que permite incrementar el porcentaje de discapacidad reconocido, teniendo en cuenta variables como la edad, el entorno familiar, la situación laboral y el nivel educativo.

Una vez realizada la valoración, el trabajador social es el encargado de determinar los recursos que necesita cada persona. Estos recursos se ofrecen a través de la Red de Servicios Sociales y otros sistemas sectoriales (sanidad, educación, empleo). Los principales recursos del sistema son:

A) Reconocimiento del Grado de Discapacidad

El reconocimiento del grado de discapacidad es competencia de las Comunidades Autónomas.

B) Prestaciones económicas

Los recursos de los que se pueden disponer son las prestaciones que están destinadas a paliar la situación de necesidad económica derivada de la discapacidad (IMSERSO, s.f.; Dirección General de Derechos de las Personas con Discapacidad, 2023). En este sentido, el Sistema de Seguridad Social ofrece las siguientes prestaciones:

- Pensión No Contributiva por Invalidez: esta prestación va dirigida a personas con un grado de discapacidad igual o superior al 65% que carecen de recursos económicos suficientes. El trabajador social es clave en la tramitación y en la acreditación de la carencia de rentas. Los requisitos para poder acceder a esta prestación son tener residencia legal en España,

edad entre 18 y 65 años, grado de discapacidad igual o superior al 65%, y carecer de ingresos suficientes (el límite de ingresos varía anualmente).

- Prestación familiar por hijo a cargo con discapacidad: es una ayuda económica por cada hijo menor de 18 años con una discapacidad igual o superior al 33%, o mayor de 18 años con una discapacidad igual o superior al 65% o 75%.
- Prestación de Gran Invalidez o de Incapacidad Permanente Absoluta/Total

C) Servicios de Promoción de la Autonomía Personal y Vida Independiente

La Ley de Dependencia establece un Catálogo de Servicios que se asignan en función del grado de dependencia reconocido:

Grado de Dependencia	**Definición**	**Servicios Prioritarios**
Grado I: Dependencia Moderada	Necesita ayuda para realizar varias AVD al menos una vez al día, o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.	Teleasistencia, Ayuda a Domicilio (SAD), Centro de Día o de Noche.
Grado II: Dependencia Severa	Necesita ayuda para realizar varias AVD dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.	Servicios de Centro de Día o de Noche, Asistencia Personal, Servicios de Atención Residencial.
Grado III: Gran Dependencia	Necesita ayuda para realizar varias AVD varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.	Servicios de Atención Residencial, Asistencia Personal, Centro de Día.

El trabajador social, en la elaboración del PIA, debe proponer la modalidad de intervención más adecuada, priorizando la permanencia en el domicilio y la promoción de la autonomía personal.

- Prestación económica vinculada al servicio que permite a la persona adquirir un servicio privado (ej. centro de día, residencia) cuando la red pública no dispone de plaza o no se ajusta a sus preferencias.
- Prestación económica para cuidados en el entorno familiar destinada a compensar al cuidador no profesional (generalmente un familiar). El Trabajador Social debe valorar la idoneidad del entorno y la capacidad del cuidador.
- Prestación de asistencia personal que está destinada a financiar el servicio de asistencia personal, siendo la prestación más alineada con el principio de vida independiente.
- Asistencia Personal: permite a la persona en situación de discapacidad contratar a un asistente personal para que le apoye en las tareas de la vida diaria, permitiéndole vivir de forma independiente y tomar sus propias decisiones. El trabajador social asesora sobre la elaboración del Proyecto de Vida Independiente y la gestión de la prestación económica vinculada a este servicio.
- Servicios de Ayuda a Domicilio: proporciona atención personal y doméstica en el hogar para facilitar la autonomía y evitar el internamiento.
- Servicios de Centro de Día y Ocupacionales: ofrecen atención diurna, habilitación, terapia ocupacional y apoyo social. Son fundamentales para el respiro familiar y la inclusión social.

D) Servicios *de Empleo*

La inclusión laboral es un derecho y un objetivo prioritario de la intervención social. Entre los servicios de este tipo se encuentran:

- Centros Especiales de Empleo: se trata de empresas cuyo objetivo principal es proporcionar un empleo a personas en situación de discapacidad. El trabajador social gestiona la derivación y el seguimiento.

- Empleo con apoyo: consiste en programas que facilitan la integración en la empresa ordinaria mediante el apoyo de un preparador laboral.
- Orientación laboral: el trabajador social asesora sobre itinerarios formativos y profesionales adaptados a las capacidades y preferencias de la persona.

E) Apoyo a la vida independiente

- *Ayuda a domicilio:* dirigido a personas que tienen dificultades para las actividades diarias (cuidado personal, limpieza del hogar, acompañamiento.)
- *Teleasistencia*, servicio social que permite contactar con una persona en situación de emergencia, soledad, aislamiento o inseguridad. El conocido "botón".
- *Programas y prestaciones familiares, tales como programa de acogimiento de menores en situaciones especiales, permisos especiales para la conciliación de la vida familiar y laboral y protección a las familias numerosas*

F) Atención Temprana

Actuaciones dirigidas a la población infantil de 0 a 6 años que presenten algún tipo de trastorno en su desarrollo, discapacidad o riesgo de padecerla y/o dependencia, a su familia y al entorno. Pretende dar respuesta temprana a las necesidades, transitorias o permanentes, para facilitar y promover el desarrollo armónico de este grupo de población en su entorno.

G) Servicios *Residenciales*

Estos servicios se ofrecen como último recurso, priorizando siempre la permanencia en el entorno habitual y se tratan de los siguientes:

- Viviendas tuteladas y pisos de apoyo: se trata de residencias que promueven la vida independiente con un nivel de apoyo profesional adaptado.
- Residencias especializadas: son residencias para personas con grandes necesidades de apoyo o dependencia severa.

H) Otras áreas

- *Área fiscal:* beneficios fiscales para las personas en situación de discapacidad como reducciones en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF), exenciones en el impuesto de matriculación y de circulación de vehículos
- *Jurídica*

  La figura del "facilitador judicial" surge para acompañar y apoyar a personas con discapacidad —y, en general, a personas con especiales dificultades de comprensión o comunicación— durante un proceso judicial, asegurando que puedan entender lo que ocurre y participar de forma efectiva en igualdad de condiciones.
- *Área de educación*. Dependiendo del grado de discapacidad y del grado de afectación personal, nos encontramos con distintos tipos de escolarización, la escolarización de alumnos con necesidades educativas especiales y la escolarización en centros educativos para alumnado con necesidades educativas especiales.

  Además, en los centros se encuentran los Equipos de Orientación Educativa y psicopedagógica y existen distintas ayudas a la enseñanza, tales como becas, prestaciones, ayudas para la adquisición de libros de texto y material didáctico y ayudas y prestaciones para estudios universitarios.

EJEMPLO DE PROCESOS DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL

Joven de 28 años con discapacidad intelectual ligera (Grado de discapacidad reconocido del 45%). Reside con sus padres, quienes están envejeciendo y manifiestan preocupación por el futuro de su hija. Ella desea vivir de forma más independiente, tener un trabajo remunerado en el sector de la hostelería (su interés) y participar en actividades de ocio en su barrio. Las barreras que se han identificado son sobreprotección familiar, falta de experiencia laboral y desconocimiento de los recursos de vida independiente.

Valoración social

La valoración social es el primer paso para obtener una visión integral de la persona, más allá de su diagnóstico clínico. Para llevar a cabo esta valoración se necesitan varios instrumentos. En este caso se realiza una entrevista semiestructurada a la persona y su familia (para conocer el entorno familiar y la red de apoyo). Se exploran sus deseos, miedos, habilidades y rutinas diarias. Seguidamente se realiza un genograma y ecomapa para visualizar la estructura familiar y las relaciones con el entorno (asociaciones, centro de salud, amigos). El ecomapa revela una fuerte dependencia del núcleo familiar y una escasa conexión con recursos comunitarios. Así mismo, es necesario analizar el certificado de discapacidad, el informe médico y, si existe, el informe de valoración de la dependencia.

Finalmente, se evalúan las actividades de la vida diaria y las habilidades sociales. Se constata que la persona tiene autonomía en el autocuidado, pero requiere apoyo en la gestión económica y en la toma de decisiones complejas.

Se identifica una necesidad de apoyo en tres áreas clave: autonomía residencial, inclusión laboral y participación social. La principal fortaleza de la persona es la motivación y su interés específico por la hostelería.

Diagnóstico social

El diagnóstico social interpreta los datos de la valoración bajo la óptica del Modelo Social. El problema central es la restricción en la participación social y cierta limitación en la autonomía personal debido a barreras contextuales (sobreprotección familiar, falta de oportunidades laborales inclusivas) y a la necesidad de apoyos específicos. Por tanto, el diagnóstico social sería: “mujer de 28 años con discapacidad intelectual ligera, presenta una situación de dependencia social y económica (Eje 1: Problemas de relación con el entorno social) debido a la ausencia de un proyecto de vida independiente y la falta de acceso a un empleo ordinario (Eje 2: Problemas económicos y laborales). Esta situación se ve agravada por la sobreprotección familiar y la escasa movilización

de recursos de apoyo (Eje 3: Barreras contextuales), lo que limita su autodeterminación y su plena inclusión comunitaria."

Plan de intervención

El Plan de Intervención Individualizado (PII) se diseña de forma participativa y siempre centrado en los deseos de la persona. El objetivo general de este plan sería promover la autonomía personal y la inclusión social de la joven, facilitando su transición a la vida adulta independiente. Los objetivos específicos serían:

Área	Objetivo Específico	Acciones Clave	Plazo Estimado
Autonomía Residencial	Iniciar la convivencia en un piso compartido con apoyo profesional.	1. Tramitar la solicitud de plaza en una vivienda tutelada o piso con apoyo. 2. Solicitar la Prestación Económica de Asistencia Personal (PEAP). 3. Realizar talleres de habilidades domésticas y gestión del hogar.	12 meses
Inclusión Laboral	Acceder a un puesto de trabajo en hostelería mediante la modalidad de Empleo con Apoyo.	1. Derivación al servicio de Orientación Laboral de la asociación de discapacidad. 2. Elaboración de currículum vitae adaptado. 3. Búsqueda activa de ofertas y entrenamiento en entrevistas.	6 meses
Autodeterminación	Aumentar la capacidad de Laura para tomar decisiones sobre su ocio y tiempo libre.	1. Inscribir a Laura en un club de ocio de la comunidad. 2. Sesiones de empoderamiento y toma de decisiones con el Trabajador Social.	3 meses

Con esto, el trabajador social inicia la tramitación de la prestación económica de asistencia personal y la solicitud de plaza en el recurso residencial, además de la derivación al programa de Empleo con Apoyo.

Coordinación interprofesional

La coordinación es fundamental para el éxito del PII, ya que este caso implica a múltiples sistemas. Por un lado, debe haber una coordinación vertical (Intrasistema), esto sería el trabajador social de base coordina el acceso a recursos públicos (vivienda, prestaciones), mientras que el trabajador social de la

asociación coordina el programa de Empleo con Apoyo y los talleres de habilidades y trabajador social y el equipo de valoración de la dependencia realizan el seguimiento del PIA y la justificación de la necesidad de la PEAP. Por otro lado, debe realizarse una coordinación horizontal (Intersistema). En este caso, entre el trabajador social y Curador (o Defensor Judicial), siendo quienes aseguran que todas las decisiones (laborales, residenciales) respeten la voluntad y preferencias de la persona. Así mismo, el trabajador social tiene que coordinarse con la familia mediante la realización de sesiones de mediación familiar para reducir la sobreprotección y preparar a los padres para la transición de la joven a una vida más independiente.

Evaluación

La evaluación se realiza de forma continua y final, midiendo el impacto del PII en la calidad de vida de la persona. La evaluación continua consiste en un seguimiento trimestral del PII. Para ello se utiliza una escala de satisfacción de la usuaria y se revisan los indicadores de progreso (ej. ¿Ha asistido a las entrevistas de trabajo? ¿Ha gestionado sus citas médicas de forma autónoma?). La evaluación final (a los 12 meses) mide indicadores de éxito que consistiría en si la usuaria ha iniciado la convivencia en el piso con apoyo, ha obtenido un contrato de trabajo a tiempo parcial en una cafetería y participa en un grupo de senderismo. Una vez realizada esta evaluación, se procede a realizar un reajuste del plan y se identifica que la gestión económica sigue siendo un desafío. El nuevo objetivo para el siguiente periodo será la creación de un plan de ahorro y el uso de una tarjeta de débito con límites controlados, lo que requiere una nueva coordinación con el curador y el banco.

La aplicación de este proceso metodológico, centrado en la persona y basado en el Modelo Social, demuestra cómo el trabajador social se convierte en un agente de cambio que facilita la plena ciudadanía de las personas en situación de discapacidad.

BIBLIOGRAFÍA

Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD). (2006). Naciones Unidas. *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Recuperado de https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf

Cuesta, J. L., De la Fuente, R., & Ortega, T. (2019). Discapacidad intelectual: una interpretación en el marco del modelo social de la discapacidad. Controversias y Concurrencias Latinoamericanas, 11(18), 85-106.

Dirección General de Derechos de las Personas con Discapacidad. (2023). Beneficios y ayudas para las personas con discapacidad. Oficina de Atención a la Discapacidad (OADIS)

Jalil Panta, R. N., & Romero Chávez, S. A. (2024). Intervención del Trabajador Social y servicios sociales de personas con discapacidad. Revista Social Fronteriza, 4(5), e45484. https://doi.org/10.59814/resofro.2024.4(5)484

IMSERSO. (s.f.). Prestaciones sociales y económicas para personas con discapacidad. Recuperado de https://imserso.es/pnc-prestaciones-subvenciones/prestaciones-sociales-economicas-personas-discapacidad

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia. (2006). Boletín Oficial del Estado, 300, 44142-44156. Recuperado de https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990

Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. (2021). Boletín Oficial del Estado, 133, 67734-67776. Recuperado de https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2021-9263

Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. (2013). *Boletín Oficial del Estado*, 289, 95676-95719. Recuperado de https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2013-12632

Velarde Lizama, V. (2012). Los modelos de la discapacidad: un recorrido histórico. Revista Empresa y Humanismo, XV (1), 115-136.

CAPÍTULO Nº 4

INTERVENCIÓN SOCIAL CON PERSONAS MAYORES

FÁTIMA CENTENERO DE ARCE Y JOSÉ LÓPEZ MELLADO

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población es uno de los fenómenos más relevantes del siglo XXI, la proporción de personas mayores ha crecido de forma sostenida en los últimos años a nivel mundial, debido principalmente al descenso de la tasa de fertilidad y al aumento de la esperanza de vida, siendo este último reflejo de diversos factores, entre ellos: la reducción de la mortalidad infantil, los avances en salud pública y desarrollo tecnológico... (EUROSTAT, 2020; OMS, 2025). Este proceso ha modificado la estructura social con un claro envejecimiento social que plantea distintos retos para la disciplina del Trabajo Social: la soledad no deseada, el incremento de las enfermedades crónicas, el aumento de la dependencia que ha provocado una mayor demanda de servicios sociosanitarios y comunitarios, entre otros.

Desde mediados del siglo XX los países europeos han experimentado un aumento significativo de la esperanza de vida, tendencia que se ha consolidado en el siglo XXI, generando el llamado "envejecimiento del envejecimiento*",* un concepto que alude al aumento de una "segunda tercera edad" es decir a la población mayor de 80 años que constituye una nueva fase dentro de la vejez con características y necesidades diferenciadas.

Según las proyecciones de la Organización Mundial de la Salud, en 2030 una de cada seis personas en el mundo tendrá 60 años o más. En ese momento, el grupo de población de 60 años o más habrá subido de 1000 millones en 2020 a 1400 millones. En 2050, la población mundial de personas de 60 años o más se habrá

duplicado; además se prevé que el número de personas de 80 años o más se triplique entre 2020 y 2050, hasta alcanzar los 426 millones (OMS, 2025).

En España, en 2024, cerca de 10 millones de personas tienen 65 años o más, lo que equivale a alrededor del 20,4 % de la población total, y dentro de este grupo aumentan los mayores de 80 años, que representan un 6,1 % del total poblacional; además, hay un número creciente de personas centenarias.

Ahora bien, la atención social a personas mayores no debe identificarse exclusivamente con una atención basada en los cuidados, ya que una proporción significativa de personas mayores envejece en condiciones de autonomía funcional como sujetos que crean un nuevo tipo de ciudadanía activa (Comas & Soronellas, 2021). Si bien es cierto que el aumento de la edad indica una prevalencia mayor hacia la dependencia, ya que las enfermedades crónicas afectan a más del 80 % de las personas mayores de 65 años en Europa y casi la mitad de la población mayor de 65 años tiene dificultades para algunas actividades de la vida diaria (EUROSTAT, 2020). Estos datos subrayan la importancia, en el ámbito de las personas mayores, de anticipar necesidades, reforzar la prevención y asegurar la disponibilidad de apoyos y servicios adecuados.

El incremento tanto en la esperanza de vida como en el número de personas mayores tiene implicaciones para los servicios económicos y financieros, los servicios sociales y de salud, y para los individuos que envejecen y sus familias (Ortman, Velkoff & Hogan, 2014), Naciones Unidas ha señalado la importancia de que las naciones se preparen para estos importantes cambios demográficos reforzando los sistemas sanitarios y de cuidados de larga duración garantizando la sostenibilidad de la protección social e invirtiendo en nuevas tecnologías (ONU, 2024). Se necesitarán servicios sociales y de salud adicionales, lo cual, a su vez, requerirá un mayor número de profesionales del trabajo social (y otros profesionales de la salud) capacitados para trabajar con personas mayores. De hecho, esta es el área de práctica de trabajo social que crece más rápidamente (Teater, Chonody, 2018).

Este incremento de la longevidad pone de manifiesto la necesidad de atender a la población mayor y hacer frente a sus necesidades constituyendo un reto social, político y económico, tanto a nivel micro (en relación a la calidad de vida de la ciudadanía de la tercera edad o la organización familiar para asegurar sus cuidados) como macro (los modelos sociosanitarios de atención o el diseño de políticas públicas). También es necesario comprender y abordar el edadismo entendido como una forma estructural de discriminación basada en la edad, dado su impacto tanto en las políticas públicas como en las prácticas profesionales.

APROXIMACIÓN CONCEPTUAL

Conceptualización de la vejez y el envejecimiento

Existen diferentes maneras de definir a las personas mayores, y la percepción pública sobre qué constituye la vejez puede variar considerablemente, ya que el concepto se encuentra influenciado por el contexto histórico, cultural y social. Las Naciones Unidas señalaron en el Informe Envejecimiento de la Población Mundial 2019, que las personas mayores se definen comúnmente como aquellas de 60 o 65 años o más, mientras que la Organización Mundial de la Salud establece que en el mundo desarrollado las personas mayores son las que tienen 65 o más años.

El término envejecimiento ha sido abordado desde distintas perspectivas, por lo que debe entenderse como un proceso dinámico, continuo y heterogéneo. Alberich (2008) nos habla de 4 niveles o “4 edades” que permiten una comprensión integral del fenómeno:

- La edad cronológica, la cual es la edad más objetiva, pues se refiere al paso del tiempo medido en años, es decir, depende únicamente de la edad cumplida. Legalmente, se reconoce que, a partir de los 65 años, hemos entrado en la vejez.

- La edad fisiológica, que depende de nuestro estado de salud y de los cambios fisiológicos, cognitivos y funcionales relacionados con el proceso de envejecimiento.
- Edad psicológica. Influida por los dos anteriores, implica percepciones subjetivas sobre la edad y la experiencia del envejecimiento, es decir, nos sentiremos “más o menos mayores”.
- Edad social y cultural. En este caso, se refiere más a la percepción pública y social sobre la vejez y sus repercusiones.

Estas dimensiones ponen de relieve que dos personas con la misma edad cronológica pueden presentar trayectorias de envejecimiento radicalmente distintas, lo que refuerza la necesidad de intervenciones sociales individualizadas y no estandarizadas.

Dimensiones del envejecimiento

Desde una perspectiva multidimensional, el envejecimiento implica transformaciones en tres grandes ámbitos interrelacionados:

- Dimensión biológica: Relacionada con la edad fisiológica, depende de los cambios fisiológicos que pueden incluir deterioro estructural y funcional del organismo.
- Dimensión psicológica referido a los cambios cognitivos, emocionales y adaptativos a lo largo del tiempo. Considera la edad subjetiva o edad psicológica mencionada anteriormente.
- Dimensión social y cultural, referida al cambio de roles, expectativas sociales y culturales y participación social, relacionado con la jubilación, la redefinición de roles familiares, participación en la comunidad...En el proceso de envejecimiento, la participación social cobra gran importancia, ya que influye directamente en la propia experiencia de envejecer.

Además, hay que comprender las características más específicas del envejecimiento en el momento actual, que diversifica la categoría de “personas mayores”. Entre los rasgos más destacados encontramos:

- En primer lugar, la feminización de la vejez, ya que las mujeres mayores de 65 años superan a los hombres mayores en un 29.5 % (Pérez et al, 2025).
- El nivel educativo de los adultos mayores ha aumentado considerablemente en los últimos 50 años, lo que repercute en sus expectativas, capacidad de participación y relación con los servicios.
- Asimismo, otra característica de las personas mayores actuales, tal y como expone el Informe del CSIC (2025) es el aumento de personas mayores extranjeras residiendo en España, lo que añade la oportunidad de contar con la diversidad cultural, barreras lingüísticas, falta de redes sociales de apoyo...
- Incremento de personas mayores viviendo solas debido a los cambios en las estructuras familiares y la globalización.

Este conjunto de transformaciones demuestra que la categoría “persona mayor” es compleja, heterogénea y dinámica. Por ello, la intervención social debe basarse en una comprensión integral de las necesidades, capacidades, identidades y contextos que configuran la experiencia del envejecimiento.

Edadismo: concepto y repercusiones

La Organización Mundial de la Salud define el edadismo como los estereotipos, prejuicios y discriminación hacia las personas en función de su edad (OMS, 2021), que derivan en un trato no igualitario y discriminatorio. Abrams (2010) especifica 3 componentes básicos del edadismo:

- Estereotipos: referidos al componente cognitivo que subyace al problema
- Prejuicios: relacionados con el componente emocional
- Discriminación: considerando las acciones y conductas que aparecen en torno a esta situación.

En esta línea el IMSERSO define el edadismo como aquellas conductas que implican un trato no igualitario hacia los integrantes de un grupo de edad en virtud de su pertenencia a ese grupo y es entendido como un proceso de estereotipia y

discriminación en contra de la gente mayor, en razón a su edad (Imserso, 2011, p. 138)

El hecho de considerar que todas las personas mayores sufren una disminución de capacidades, falta de creatividad, considerarles una carga para la sociedad... suponen unos estereotipos negativos que afectan a la percepción de las personas mayores, e incluso su autopercepción como miembros activos de la sociedad, sin embargo, el proceso de envejecimiento actual se ha transformado de forma espectacular y ha contribuido a modificar aspectos esenciales de la vida social. (Comas & Soronellas, 2021)

Desde esta perspectiva, la atención a las personas mayores no puede reducirse a cuidados ni a dependencia ya que una gran proporción de personas mayores envejecen en condiciones de autonomía, y las políticas contemporáneas deben orientarse justamente a promover la participación, la prevención, la salud y la seguridad a lo largo de toda la vejez.

MARCO NORMATIVO Y LEGISLATIVO

El marco legislativo y normativo dirigido a este ámbito de población combina las condiciones esenciales de salud, servicios sociales y de bienestar, ya que deben ser capaces de cubrir el amplio espectro de necesidades de las personas mayores desde todas las perspectivas: salud, convivencia, bienestar... Este marco jurídico legal estructura los recursos, y señala las necesidades de las personas mayores para darles una respuesta institucional.

Marco normativo nacional

A nivel estatal, la protección de las personas mayores se encuentra recogida en un marco jurídico amplio y desarrollado.

Su punto de partida lo encontramos en la Constitución Española de 1978 que establece la base jurídica y política para la obligación de los poderes públicos de

promover el bienestar de las personas mayores, y específicamente en su artículo 50 que dispone que:

“los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad y promoverán la atención que requieran sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio” (CE, art. 50).

El desarrollo normativo posterior ha ido respondiendo a los cambios sociales, demográficos y políticos. En los años 80 se desarrolló el Programa de Acción Social para las Personas Mayores, con el fin de ordenar las políticas de mayores nacional. Este programa dio paso, posteriormente, al Plan Gerontológico Estatal (1991- 2000), que comenzó su vigencia en 1992 y fijaba los objetivos de lograr y consolidar un sistema de pensiones, fomento de la salud y bienestar, así como de la participación activa de las personas mayores en la sociedad.

Este Plan Gerontológico planteó las bases de una Estrategia común: El Plan de Acción de Personas Mayores (2003 – 2007) para adaptarlo a una nueva situación y retos de la población mayor y que incluye la transferencia de competencias a las Comunidades Autónomas en áreas como Servicios Sociales, Salud y Educación. Se estructuraba en una serie de áreas (Igualdad de Oportunidades, Cooperación, Formación Especializada, Información e Investigación), entre las que se planteaba promover la autonomía y la participación plena de las personas mayores en la Comunidad en base a los principios del envejecimiento activo tal y como la OMS defendía.

En 2004, el IMSERSO (Instituto de Mayores y Servicios Sociales) lanzó el Libro Blanco de la Dependencia como un paso previo a la creación de un Sistema Nacional de Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Este libro se dividió en dos partes: una primera, que registró y evaluó la situación de la dependencia en España, así como en otros países que podrían servir de referencia; y una segunda, que incluyó una serie de consideraciones para el debate y la atención a las personas en situación de dependencia. (Muñoz, et. al., 2025, p.97)

La promulgación de la Ley 39/2006 crea el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) como un sistema público y de reconocimiento de derechos subjetivos para las personas en situación de dependencia (servicios y prestaciones). Esta Ley supuso uno de los hitos más trascendentales en la atención a personas con dependencia, entre ellas las personas mayores que se encuentran en esta situación. Establece criterios de valoración, catálogo de prestaciones y mecanismos de coordinación entre administraciones. La Ley pretende garantizar un mínimo común de derechos en todo el territorio estatal, y su posterior desarrollo reglamentario como el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril que aprueba el Baremo de Valoración de los grados y niveles de dependencia y el Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre que agrupa y regula las prestaciones y servicios del SAAD (modificado por el RD 675/2023). En el momento actual la ley de dependencia se encuentra en un proceso de reforma orientada a corregir recortes y reforzar derechos.

En 2011, el IMSERSO publicó el Libro Blanco del Envejecimiento Activo que ofrece un diagnóstico de la situación de las personas mayores en España, incorpora la visión positiva activa y de ciudadanía plena de la vejez, y sirve como referencia para la implementación de políticas y para dirigir acciones para organizar el espacio político, social, económico y cultural y la promoción de la autonomía, la participación y la calidad de vida de las personas mayores. (Muñoz, et.al. 2025)

Existen otros documentos que, si bien no son legislaciones específicas, constituyen un marco de actuación para la atención de las personas mayores, como la Estrategia Nacional de Personas Mayores para un Buen trato 2018-2019, con el objetivo de recoger las líneas de actuación que orienten las políticas públicas, presentes y futuras, hacia las personas mayores, dirigidas a promover el envejecimiento activo, la calidad de vida y su buen trato y fijan cinco Líneas de Actuación relativas a:

- Mejorar el trabajo de las personas mayores y alargar su vida laboral
- Promover la participación en la sociedad y en sus órganos decisorios

- Facilitar una vida saludable e independiente, en entornos adecuados y seguros.
- Asegurar la no discriminación, la igualdad de oportunidades y la atención a las situaciones de mayor vulnerabilidad.
- Evitar el maltrato y los abusos a las personas mayores

IMSERSO, 2018

El IMSERSO actualmente es la entidad más representativa en cuanto a la atención a personas mayores, pues sus competencias abarcan desde la gestión de pensiones no contributivas, el seguimiento de la atención a la Dependencia, la gestión de centros y residencias, programas de termalismo y vacaciones de mayores, así como el fomento de investigaciones, colaboración y cooperación entre entidades para el desarrollo de estrategias y políticas que aborden el envejecimiento activo, protección de derechos, lucha contra la soledad no deseada, etc.

Además, también es importante destacar el Consejo Estatal de personas Mayores, como órgano colegiado asesor y consultivo de la Administración General del Estado, adscrito actualmente al Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 a través del IMSERSO. Tiene como funciones el fomento de la participación de las personas mayores, el asociacionismo entre personas mayores, favoreciendo su tejido asociativo, como forma de continuar aportando a la sociedad el saber, proyección futura y enriquecimiento social y cultural, y la colaboración con la Administración en la formulación y evaluación de políticas públicas.

Marco Normativo Autonómico

Las competencias en cuanto a servicios sociales en España se encuentran descentralizadas, por lo que cada Autonomía diseña e implementa su legislación en materia de servicios sociales, ayudas y prestaciones económicas, programas de envejecimiento activo o regulaciones de distintos centros y servicios de atención, que incluye la atención a las personas mayores.

El elemento principal del marco normativo en la Región de Murcia es la Ley 3/2021, de 29 de julio, de Servicios Sociales de la Región de Murcia. Esta Ley regula la estructura del sistema las prestaciones y recursos, incorporando la atención a personas mayores como uno de los colectivos prioritarios y establece los servicios de atención domiciliaria, centros de día, residencias y programas de prevención y participación comunitaria, así como la atención a la dependencia.

Además, existen otros organismos y mecanismos que promueven la participación social, asociativa y representativa de las personas mayores como el Consejo Asesor Regional de Personas Mayores, que funciona como espacio de diálogo entre administraciones y asociaciones de mayores, con el fin de fomentar el voluntariado, impulsar el asociacionismo del colectivo y actuar como interlocutor del colectivo ante los poderes públicos.

También en la Región de Murcia se han desarrollado distintos planes y programas orientados a la atención a personas mayores, la promoción del envejecimiento activo, la autonomía personal, la participación social y la prevención de situaciones de vulnerabilidad. Entre ellos destaca el último plan publicado y en proceso de implantación: el Plan Regional de Servicios Sociales 2025-2028 (BORM, 2025), como instrumento de planificación que tiene por objeto ordenar el conjunto de medidas, recursos y acciones necesarias para la consecución de los objetivos de la política de servicios sociales. En cuanto a las acciones en relación con las personas mayores, este Plan evidencia que, dentro de las nuevas necesidades sociales detectadas encontramos el aumento de las personas mayores y la soledad no deseada de los mismos, considerando ya esta necesidad estructural relacionada con las dinámicas sociales globales. Entre otras acciones, como la mayor atención a la dependencia y promoción de la autonomía personal, este plan desarrolla como objetivo la implementación de una Estrategia Regional de Soledad no deseada de las personas mayores, en coordinación con todos los sectores implicados, para mejorar los mecanismos de detección del aislamiento en las personas mayores y elaborar actuaciones y programas que refuercen la intervención integral, el envejecimiento activo y el acompañamiento continuado de las personas beneficiarias. .

Otra Normativa Relevante

No podemos dejar de nombrar las políticas internacionales sobre envejecimiento que se han articulado progresivamente que orientan el diseño de políticas nacionales y autonómicas, incluida la Región de Murcia.

En el ámbito de Naciones Unidas, la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (Viena, 1982) y los Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad (1991) suponen el inicio de una agenda global específica sobre envejecimiento, centrada en la independencia, la participación, la atención, la autorrealización y la dignidad. Posteriormente, el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento y la Declaración Política aprobados en la Segunda Asamblea Mundial (2002) marcan un giro hacia la construcción de "sociedades para todas las edades" y estructuran la acción en tres ejes: personas mayores y desarrollo, salud y bienestar a lo largo de la vida y entornos favorables y de apoyo (Naciones Unidas, 2002).

La ONU ha declarado el periodo 2021- 2030 como la década del envejecimiento saludable, desarrollándose como una estrategia global sobre salud, bienestar y envejecimiento, pidiendo a la Organización Mundial de la Salud que lidere su puesta en práctica. Tiene como objetivo reducir las desigualdades en materia de salud y mejorar la vida de las personas mayores, sus familias y sus comunidades mediante la acción colectiva en cuatro ámbitos:

I) Cambiar el paradigma de pensamiento actual, del sentir y actuar en relación con la edad y el edadismo;

II) Desarrollar las comunidades de manera que se fomenten las capacidades de las personas mayores;

III) Prestar servicios de atención integrada y atención primaria de salud centrados en la persona que den respuesta a las necesidades de las personas mayores; y

IV) Proporcionar acceso a la atención a largo plazo a las personas mayores que la necesiten (Organización Mundial de la Salud, 2022).

Además, la OMS impulsa iniciativas como la Red de ciudades y comunidades amigables con las personas mayores, completando el marco de prevención, promoción de la salud y la integración sociosanitaria.

La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) sitúan la inclusión y el principio de "no dejar a nadie atrás" en el centro de las políticas de desarrollo, con implicaciones directas para los derechos de las personas mayores (HelpAge International, 2020). Según este organismo, los ODS favorecen la inclusión de este grupo al reorientar la planificación del desarrollo, exigir la adaptación de los sistemas de protección social y cuidados a unas estructuras demográficas envejecidas y vincular envejecimiento y desigualdad como megatendencias que deben abordarse conjuntamente a lo largo del curso de vida.

En cuanto al marco europeo, La Unión Europea, si bien tiene competencia limitada para actuar en asuntos sociales (CESE, 2023), considera que las personas mayores tienen un importante lugar en la sociedad y que el envejecimiento activo es positivo para cada una de estas personas y para la sociedad. Reconoce el envejecimiento como un reto demográfico que requiere medidas en distintos ámbitos, elaborando marcos normativos, informes y estrategias y articulando diversos actores institucionales con distintos niveles de implicación, que inciden en las políticas públicas sobre envejecimiento. (Rodríguez- Rodríguez 2018)

La Covid 19 puso de manifiesto la necesidad de reforzar las políticas europeas de envejecimiento, ya que la pandemia expuso la vulnerabilidad de las personas mayores, y las deficiencias en el sistema de cuidados, lo que ha generado debates intensos sobre la necesidad de impulsar estrategias para abordar estas vulnerabilidades y la de adoptar enfoques más integrales y adaptativos.

En 2021 la Comisión Europea publica el Libro Verde Sobre el Envejecimiento, que plantea un amplio debate sobre todas las etapas de la vida y las crecientes necesidades de las personas mayores: atención sanitaria, cuidados a largo plazo, movilidad, conectividad, reconociendo la necesidad de adoptar medidas concretas en un contexto marcado por la pandemia.

En 2022 se presenta la “Estrategia Europea de Cuidados” que aborda la labor de cuidados formales e informales, objetivos de accesibilidad, sostenibilidad y profesionalización del sector.

En 2023 el Comité Económico y Social Europeo planteó la necesidad de adopción de una Estrategia Europea de Personas Mayores que tenga como objetivos fundamentales la protección de todos sus derechos, así como su participación plena en la sociedad y en la economía, desde el punto de vista de la igualdad y la no discriminación, deshaciéndose de la perspectiva del coste (principalmente económico) y la pasividad de las personas mayores. Una nueva Estrategia sobre personas mayores contribuirá al necesario cambio de enfoque de las políticas sobre edad y personas mayores actuales y futuras.

Este entramado internacional y europeo constituye un referente clave para la elaboración de políticas nacionales y autonómicas sobre envejecimiento y atención a las personas mayores.

ROLES Y FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL

Ante el proceso de envejecimiento de la población, la disciplina debe responder tanto a este envejecimiento como a la diversidad de trayectorias que el colectivo presenta. La pregunta sobre cuántos años pueden esperar vivir los mayores y, más aún, cuántos de esos años serán en buena salud, adquiere una relevancia crucial. No solo hablamos de bienestar individual, también de su implicación en el diseño de políticas públicas y servicios de salud (Pérez et. al., 2025, p.17).

Responder al envejecimiento de la población es una cuestión de encontrar el equilibrio adecuado entre soluciones sostenibles para nuestro sistema de bienestar y el fortalecimiento de la solidaridad intergeneracional y la justicia entre jóvenes y mayores. (Comisión Europea, 2021)

El aumento de los años de vida saludable es uno de los principales objetivos de la política sanitaria europea. Si los años de vida saludable aumentan más rápidamente que la esperanza de vida significa que las personas viven más años con mejor salud (Pérez et. al., 2025), por tanto, se trata de atender una vejez más larga con personas sanas y activas no solo de personas con dependencia.

Este escenario plantea la necesidad de atender simultáneamente a:

- Personas de 60 a 75-80 años con buena salud en general, activas socialmente y con proyectos de vida.
- Mayores de 80 años o mayores con discapacidad que lo que necesitan y solicitan es sobre todo apoyo, ayuda y atención adaptada individual

El Trabajo Social se sitúa en este contexto como disciplina clave para comprender la diversidad de necesidades y realidades de la vejez: más personas mayores, más longevidad, mayor diversidad —no solo demográfica, sino sociocultural, funcional, económica—, coexistencia de autonomía y dependencia, presencia de nuevas vulnerabilidades y a la vez, oportunidades para el envejecimiento activo, la participación y las contribuciones sociales. Dada esta pluralidad, el trabajo social debe abordar el trabajo con los adultos mayores como individuos que deben ser comprendidos desde sus experiencias y significados particulares del mundo que les rodea, como afirman Rodríguez y Manzanares (2003): el trabajo con adultos mayores se requieren distintos niveles de intervención, además, se debe considerar que la población de adulto mayores no es un grupo homogéneo sino un grupo heterogéneo. (p. 122) Además el trabajo social debe combatir la presencia de prejuicios y estereotipos sobre las personas mayores.

En el ámbito de las Ciencias Sociales, se han desarrollado varios modelos para la práctica profesional:

- Modelo de envejecimiento activo: propuesto por la OMS, enfatiza la participación social, la salud y la seguridad como elementos clave para mantener la autonomía y calidad de vida en la vejez (OMS, 2021).

- Modelo de envejecimiento exitoso: formulado por Rowe y Kahn, combina baja incidencia de enfermedades crónicas, mantenimiento de capacidades cognitivas y activismo social. Este enfoque destaca la heterogeneidad del envejecimiento y la importancia de factores individuales y contextuales (Gallardo-Peralta et al., 2016).
- Modelo de Atención centrado en la persona (ACP): se centra en respetar preferencias, derechos y necesidades específicas de cada persona mayor, considerando factores psicológicos, sociales y culturales (Martínez, 2019).

La organización Mundial de la Salud ha subrayado la necesidad de avanzar hacia una atención integral centrada en la persona, considerándola un enfoque central para mejorar la calidad y eficacia del cuidado de las personas mayores (OMS, 2015).

En este contexto diverso, el Trabajo Social debe desplegar competencias y funciones especializadas que respondan a las necesidades del colectivo. Acciones como el apoyo psicosocial, la coordinación de servicios de salud, la implementación de actividades recreativas y formativas, así como el fomento de la participación colectiva resultan clave para el desarrollo de la autonomía y mejora de la calidad de vida de las personas mayores (Obando y Quilumba, 2025). En esta línea, Intriago y Loor (2021) también afirman la intervención del trabajador social en el bienestar socioemocional de los adultos mayores se centra en optimizar su calidad de vida mediante actividades que favorezcan su bienestar emocional y social. Estas intervenciones incluyen la planificación de cuidados, la mediación de conflictos familiares, la promoción de la participación comunitaria y el apoyo en la gestión de recursos.

SISTEMA DE PROTECCIÓN: RECURSOS, SERVICIOS Y PRESTACIONES

Las diferentes respuestas que las sociedades articulan para atender las necesidades de las personas están fuertemente condicionadas por los distintos

modelos de Política Social. (Espadas, et.al., 2008) Como hemos mencionado, el sistema de servicios sociales en España se encuentra descentralizado, por lo que existe cierta diversificación en cuanto a los recursos en la atención a personas mayores en diferentes contextos territoriales. Sin embargo, sí existe un consenso institucional por el cual el sistema de protección para las personas mayores en España se articula a través de un conjunto de recursos, servicios y prestaciones destinados a garantizar el bienestar, la autonomía personal, la participación social y la cobertura de necesidades derivadas del proceso de envejecimiento, al menos en cuanto a prestaciones y servicios mínimos comunes en el territorio español (Muyor, 2021).

Uno de los pilares del sistema de protección es la seguridad económica, sostenida a través de una red de protección básica mediante prestaciones que permiten cubrir la pérdida de ingresos derivada del cese de la actividad laboral, la falta de cotización suficiente o situaciones específicas de necesidad. Así, encontramos las prestaciones económicas, que el Estado garantiza a través de las pensiones, contributiva y no contributiva.

Las pensiones contributivas son prestaciones económicas derivadas de un periodo mínimo de cotización que se debe acreditar, y que variarán en función del periodo de cotización. Estas prestaciones cubren la pérdida de ingresos que sufre una persona cuando finaliza su etapa laboral:

- Por jubilación: cuando se cumplen los requisitos de edad ordinaria (con la reforma de la Ley 27/2011 de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social la edad de jubilación se ha ido incrementando, y en 2027 se prevé alcanzar los 67 años, con determinados requisitos de cotización). También existe la opción de jubilación anticipada, con unos requisitos distintos según el motivo por el que solicite.
- Por enfermedad o incapacidad: son prestaciones que tratan de cubrir la pérdida de rentas salariales o profesionales que sufre una persona, cuando estando afectada por un proceso patológico o traumático derivado de una

enfermedad o accidente, ve reducida o anulada su capacidad laboral de forma presumiblemente definitiva.

- También encontramos, en modalidad contributiva las pensiones de viudedad, orfandad y en favor de familiares.

En cuanto a las prestaciones no contributivas (PNC), se dirigen a personas que no han cotizado lo suficiente para su acceso a una pensión de jubilación contributiva. Para acceder a esta pensión, se han de tener 65 años o más y carecer de ingresos suficientes, asegurando un mínimo económico de subsistencia.

En la página web de la Seguridad Social (www. Seg-social.es) podemos ver las modalidades, requisitos y solicitudes de cada una de las prestaciones, así como las compatibilidades o incompatibilidades.

Más allá de la protección económica, encontramos recursos específicos para personas mayores, con una diversidad de servicios públicos y comunitarios orientados a favorecer su autonomía, su participación social y su integración en el entorno:

- Centros sociales o Centros de Mayores. Estos centros promueven la autonomía personal, la participación social, actividades socioculturales, programas de ocio y tiempo libre, ejercicio... Son espacios de convivencia que permite la participación en el entorno comunitario inmediato, y que promueven el envejecimiento activo.
- Centros de Día. Esta tipología de centros, reservados a personas con un grado de dependencia reconocido, son centros de estancias diurnas con servicios de promoción de la autonomía personal y de permanencia en el entorno habitual.
- Servicio de Teleasistencia, al igual que el Centro de Día, se presta a través del Catálogo del Sistema de Atención a la Dependencia, aunque en algunas administraciones también se presta a personas mayores sin dependencia y que permiten también un contacto periódico con la persona

mayor autónoma como medida de seguridad, prevención y reducción del aislamiento.

- Programas de Envejecimiento Activo, impulsados por el IMSERSO: Turismo y Termalismo Social, cuyo objetivo es fomentar la autonomía de las personas mayores facilitando la posibilidad de desarrollar actividades culturales y recreativas, contribuyendo con ello a mejorar su salud y calidad de vida, actuando con ello en la prevención de la dependencia. Además de cumplir una importante función en cuanto al envejecimiento activo y saludable, el Programa incide de forma determinante en otro fenómeno sobre el que se trabaja activamente desde el IMSERSO, por encontrarse dentro del ámbito de los planes de servicios sociales estatales: la soledad no deseada en este colectivo.

En los últimos años se han reforzado programas complementarios que actúan sobre las dimensiones social y relacional del envejecimiento:

- Programas de acompañamiento.
- Programas de estudio, como el Aula Senior de la Universidad de Murcia, que promueve el aprendizaje a lo largo de toda la vida.
- Redes vecinales.
- Voluntariado senior.
- Proyectos intergeneracionales.
- Programas contra la soledad no deseada.
- Actividades comunitarias lideradas por asociaciones de mayores.

Contribuyen a sostener redes de apoyo y fomentan el envejecimiento activo, representando un modelo preventivo y promotor, orientado a favorecer la calidad de vida en la vejez, y no solo la atención a la dependencia.

EJEMPLO DE PROCESOS DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL

El proceso metodológico de intervención profesional en Trabajo Social se concibe como un conjunto de fases interrelacionadas y dinámicas que permiten comprender una realidad social, intervenir sobre ella y evaluar los resultados obtenidos. En el caso de las personas mayores, este proceso adquiere particular relevancia desde una perspectiva preventiva y promotora, orientada a evitar situaciones de riesgo social, aislamiento, deterioro funcional o pérdida de autonomía personal.

La intervención profesional debe analizar las características y problemáticas específicas ya que hay que contemplar la diversidad, heterogeneidad y pluralidad de trayectorias vitales presentes de este grupo de población, evitando miradas homogeneizadoras o edadistas. En este sentido, es fundamental diferenciar entre personas mayores en situación de dependencia y aquellas que mantienen su autonomía funcional. En estas últimas, la lógica de intervención se orienta hacia la prevención y promoción de la autonomía, además de desarrollar el proceso desde un enfoque centrado en la persona, con perspectiva de derechos, prevención de riesgos y participación; el propósito es la comprensión de las condiciones de las personas adultas mayores e involucra un análisis integral desde una esfera bio-psico-socio-espiritual del individuo (Navarro, 2017). Además, es fundamental aplicar el principio de autodeterminación como expresión de la libertad de la persona y por lo tanto de la responsabilidad de sus acciones y decisiones (Consejo General del Trabajo Social, 2012) trabajando la dignidad de la persona mayor.

Un ejemplo habitual de proceso de intervención profesional puede iniciarse a partir de la detección de una situación de soledad no deseada en una persona mayor que vive sola, mantiene su autonomía funcional, pero presenta una progresiva desvinculación de su entorno social.

La soledad no deseada constituye una de las problemáticas más relevantes en la intervención social con personas mayores y no puede entenderse únicamente como la ausencia de compañía, sino como una vivencia subjetiva de aislamiento, insatisfacción con la cantidad/calidad de las relaciones sociales, falta de apoyo emocional y escasez de relaciones significativas debido a diferentes causas. Según el Barómetro de la Soledad No Deseada 2024, aproximadamente el 20 % de las personas en España experimenta soledad no deseada y esta prevalencia tiende a aumentar con la edad, especialmente a partir de los 75 años, donde alcanza cerca del 20 % de las personas mayores entrevistadas (Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada, 2025)

También en contextos de transición vital, como la jubilación vivida con sentimientos de pérdida de rol, desestructuración del tiempo cotidiano o debilitamiento y/o disminución de las redes sociales. Cuando este proceso no se acompaña adecuadamente, puede generar sentimientos de inutilidad, desorientación, pérdida de sentido vital o retraimiento social.

Además, encontramos demandas de distinta índole como: ayuda puntual en la tramitación de ciertas gestiones administrativas relacionadas con la brecha digital, el desconocimiento de los sistemas burocráticos o la complejidad de los procedimientos, dificultades para realizar ciertas tareas cotidianas o aparición de problemas de salud que generen procesos de fragilidad social, miedo al futro o retraimiento progresivo, apoyo en toma de decisiones relacionadas con cambios residenciales, gestiones económicas... especialmente cuando la persona carece de apoyos cercanos o enfrenta presiones externas.

Sobre todas ellas el Trabajo Social interviene, atendiendo tanto las demandas expresas como las demandas latentes o no verbalizadas.

Valoración social

La valoración social constituye la fase inicial del proceso metodológico de intervención como primer acercamiento sistemático donde comienza la fase de investigación, y tiene como finalidad conocer la situación personal, social, familiar, relacional y comunitaria de la persona mayor.

Se trata de un proceso deliberado e intencional de recogida de información que combina técnicas profesionales (entrevista, observación, análisis documental) y el uso de instrumentos estandarizados como escalas específicas (Índice de Barthel, Escala de Soledad...), que permiten realizar un análisis de las diferentes áreas interrelacionada: área sociodemográfica, estado de salud (física y emocional), área familiar relacional, área económica, área de entorno y vivienda, ocupación y participación social... La escucha, la observación de los comportamientos y de la información sobre sus intereses, pasados y recientes, nos ayudan a identificar sus deseos y demandas. (Barranco, 2008). De esta manera, obtendremos todos los datos objetivos, así como las percepciones y significados de la persona, que nos permita realizar un Diagnóstico Social fundamentado.

En esta fase, resulta fundamental adoptar una perspectiva centrada en la persona, reconociendo su trayectoria vital, sus valores, expectativas y capacidades.

Diagnóstico social

El diagnóstico social constituye una fase clave del proceso metodológico, ya que permite interpretar la información obtenida en la valoración social y formular una comprensión global y fundamentada de la situación. El diagnóstico no debe centrarse exclusivamente en los déficits, sino integrar de manera equilibrada los problemas, las necesidades, los recursos y las potencialidades.

El diagnóstico social se define como una hipótesis profesional que explica la situación social de la persona, identificando las relaciones entre causas y efectos, así como los factores que influyen en su bienestar y autonomía. Esta hipótesis no es estática, sino que puede revisarse y ajustarse a lo largo del proceso de intervención, en función de los cambios que se produzcan en la situación.

Un ejemplo de diagnóstico social podría ser el siguiente: una persona mayor no dependiente presenta una situación de riesgo de aislamiento social derivada de la pérdida progresiva de su red social tras la jubilación y la viudedad, lo que afecta negativamente a su bienestar emocional y a su participación en la vida

comunitaria. Este diagnóstico integra tanto los factores causales como las consecuencias, y orienta la intervención hacia la prevención y la promoción social.

Plan de intervención

El plan de intervención constituye la fase del proceso metodológico en la que se concretan los objetivos, las estrategias, las actividades y los recursos necesarios para abordar la situación diagnosticada. Este plan debe ser realista, flexible y consensuado con la persona mayor, garantizando su participación activa en la toma de decisiones.

Para personas mayores independientes, el objetivo principal suele ser mantener la autonomía y prevenir la dependencia**,** promover la participación social de la persona mayor, el envejecimiento activo y prevenir situaciones de aislamiento que puedan derivar en deterioro emocional o funcional.

Las intervenciones pueden incluir acciones de acompañamiento social, optimización del tiempo libre que la jubilación les concede, derivación a recursos comunitarios, participación en programas socioculturales, fomento de redes de apoyo formal e informal, y trabajo sobre el empoderamiento y la toma de decisiones informadas, siempre desde un enfoque de derechos y atención centrada en la persona (OMS, 2021).

Coordinación interprofesional

La atención integral es aquella que busca estructurar y coordinar de forma proactiva los servicios sociales, sanitarios y de cualquier otro tipo para atender las necesidades desde una perspectiva holística (de Bruin et al., 2018, en Elices et.al. 2025). El Trabajo Social Individual con personas mayores implica la colaboración con múltiples agentes del entorno, como elemento esencial del proceso metodológico ya que sus necesidades son complejas y multidimensionales que requieren la intervención de distintos profesionales y servicios, orientando principalmente esta coordinación en la prevención, promoción de la salud y bienestar, la participación social y la prevención de la institucionalización.

La coordinación consiste en:

1. Intercambio de información relevante (con consentimiento).
2. Establecimiento de objetivos compartidos.
3. Supervisión conjunta de intervenciones.
4. Derivación y seguimiento.
5. Reuniones de caso.

Elices et. Al. (2025) ponen de relieve la relevancia del Trabajo Social en los procesos de coordinación, cuyos profesionales, formando parte de equipos interdisciplinares, facilitan la integración de las atenciones sociales y sanitarias gracias a su desempeño intersectorial y asumen un rol central en la gestión de casos

Evaluación

La evaluación constituye una fase esencial en el proceso metodológico y debe estar presente de manera transversal a lo largo de toda la intervención. Su finalidad es valorar el grado de consecución de los objetivos, la adecuación de las estrategias y metodologías empleadas y el impacto de la intervención en la situación de la persona mayor.

La evaluación debe incorporar tanto indicadores objetivos como subjetivos. Resulta especialmente relevante la percepción de bienestar y satisfacción expresada por la propia persona mayor, realizándose de manera participativa, implicando a la persona mayor en la valoración del proceso y los resultados. Este enfoque refuerza la autonomía y el empoderamiento, y contribuye a la mejora continua de la práctica profesional.

BIBLIOGRAFÍA

Abrams, D. (2010). Processes of prejudice: Theory, evidence and intervention: Equalities and Human Rights Commission (Research report 56). Recuperado de https://www.equalityhumanrights.com/sites/default/files/research-report-56-processesof-prejudice-theory-evidence-and-intervention.pdf

Alberich, T., Envejecimiento físico, psicológico y social. En A. Barranco Carrillo & E. Funes Jiménez (Coords.), Intervención social y sanitaria con mayores: Manual para el trabajo con la 3.ª y 4.ª edad (pp. 17-48). Dykinson.

Alemán Bracho, C y García, M. (2005) Servicios sociales sectoriales. Madrid: Ramón Areces.

Barranco Carrillo, A. (2008). Aspectos sanitarios e intervención en la vejez. En A. Barranco Carrillo & E. Funes Jiménez (Coords.), Intervención social y sanitaria con mayores: Manual para el trabajo con la 3.ª y 4.ª edad (pp. 125-172). Dykinson.

Comas-d'Argemir, Dolors; Soronellas-Masdeu, Montserrat (2021). Envejecimiento, dependencia y cuidados. Retos sociales y retos asistenciales. Arxiu d'Etnografia de Catalunya, 22, 5-18

Comité Económico y Social Europeo. (2023, 29 de noviembre). Hacia una estrategia europea para las personas mayores: Informe (Informe del CESE). https://www.eesc.europa.eu/sites/default/files/2024-01/2023-11-29_-_informe_-_hacia_una_estrategia_europea_para_las_personas_mayores.pdf

Comisión Europea. (2021, 27 de enero). Libro Verde sobre el envejecimiento: Fomentar la solidaridad y la responsabilidad entre generaciones (COM (2021) 50 final). https://www.infocoponline.es/pdf/com_2021_50_f1_green_paper_es.pdf

Comisión Europea, Dirección General de Comunicación. (2022). Green paper on ageing. Oficina de Publicaciones de la Unión Europea. https://data.europa.eu/doi/10.2775/785789.

Comité Económico y Social Europeo. (2022, 12 de mayo). Dictamen del Comité Económico y Social Europeo “Hacia un nuevo modelo asistencial para las personas mayores: aprender de la COVID-19” (Dictamen de iniciativa 2022/C 194/04)

Consejería de Política Social, Familias e Igualdad. (2025). Plan Regional de Servicios Sociales 2025-2028. Boletín Oficial de la Región de Murcia, BORM n.º 132 (11 de junio de 2025). https://murciasocial.carm.es/documents/20182/413597/Plan%2BRegional%2Bde%2BServicios%2BSociales%2B2025-2028/a37d317a-9a19-4130-a852-06c6247ec793

Consejo General del Trabajo Social. (2012). Código Deontológico del Trabajo Social. CGTS.

Elices, A., García, J., Prieto, J.M., Rodríguez, C. (2025). La coordinación interprofesional en los cuidados domiciliarios: dimensiones y factores clave desde la perspectiva del Trabajo Social [Interprofessional coordination in home-based care: dimensions and key factors from a Social Work perspective]. Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social, 32(2), 455-483. https://doi.org/10.14198/ALTERN.27432

Espadas Alcázar, A, Melón González, O., Barranco Carrillo, A. Alberich Nistal, T. (2008) Recursos para la Tercera Edad. En A. Barranco Carrillo & E. Funes Jiménez (Coords.), Intervención social y sanitaria con mayores: Manual para el trabajo con la 3.ª y 4.ª edad (pp. 269-308). Dykinson

EUROSTAT (2020) Ageing europe. Looking at the lives of older people in EU. Recuperado de https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-statistical-books/-/ks-02-20-655

Fundación ONCE & Fundación AXA. (2024). Barómetro de la soledad no deseada en España 2024. Observatorio Estatal de la Soledad SoledadES. https://www.soledades.es/sites/default/files/contenidos/Informe_Barometro%20soledad-v2.pdf

Gallardo-Peralta, L., Conde-Llanes, D., & Córdova-Jorquera, I. (2016). Asociación entre envejecimiento exitoso y participación social en personas mayores chilenas. Gerokomos, 27(3), 145–153. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-79122016000300005

HelpAge International. (2020). El envejecimiento y los Objetivos del Desarrollo Sostenible: Mensajes clave para garantizar políticas que incluyan la edad. https://www.helpage.org/silo/files/el-envejecimiento-y-los-objetivos-del-desarrollo-sostenible-mensajes-clave-para-garantizar-polticas-que-incluyan-la-edad.pdf

Intriago, G., & Loor, L. (2021). Intervención del trabajador social en el bienestar socioemocional de los adultos mayores. Socialium, 5(2), 217-236. doi:https://revistas.uncp.edu.pe/index.php/socialium/article/view/924

Imserso (2011). Envejecimiento Activo. Libro Blanco. Consultado en https:// imserso.es/espacio-mayores/envejecimiento-activo/libro-blanco-del-envejecimiento-activo

IMSERSO & Consejo Estatal de Personas Mayores. (2018). Estrategia Nacional de Personas Mayores para un Envejecimiento Activo y para su Buen Trato 2018-2021. https://www.algec.org/wp-content/uploads/2017/12/Estrateg-Nacde-PM-2018-Imserso.pdf

Martínez, T., et al. Assessment of Person-Centered Care in Gerontology Ser vices: A new tool for healthcare professionals. International Journal of Clinical and Health Psychology (2019), https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.07.003

Muñoz, M. D., Orpez, M. C. y Sampedro, C. B. (2025). Trabajo Social y Ciudades Inteligentes: Análisis comparado del Protocolo Vancouver para la mejora de la calidad de vida en personas mayores. Trabajo Social Hoy, 103 (1), 1-18. Doi: 10.12960/TSH.2025.0006

Muyor, J. (2021) Intervención Social con Personas Mayores. Protección e intervención social con colectivos específicos. PP. 151-172. Tirant

Naciones Unidas. (2002). Madrid International Plan of Action on Ageing (MIPAA). United Nations. https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-en.pdf

Navarro Bartels, N. (2018). Áreas de acción profesional del trabajo social gerontológico. Revista Costarricense de Trabajo Social, (29), 61–74. https://revista.trabajosocial.or.cr/index.php/revista/article/view/319

Obando, E., y Quilumba, M., (2025). El Rol del Trabajador Social en la promoción del Bienestar Social para Adultos Mayores del Instituto Estupiñán – Cotopaxi – Ecuador. Reincisol, 4(7), pp. 3467-3495. https://doi.org/10.59282/reincisol.V4(7)3467-3495

Organización Panamericana de la Salud. (2021) Informe Mundial sobre el Edadismo. https://iris.paho.org/bitstreams/349cd27d-640b-4c99-8420-6e9f4fad413c/download

Organización Mundial de la Salud. (2021). Decade of Healthy Ageing 2021–2030. WHO. https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing

Organización Mundial de la Salud. (2025, 1 de octubre). Envejecimiento y salud. Recuperado de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health

Ortman, J. M., Velkoff, V. A., & Hogan, H. (2014). An aging nation: The older population in the United States. Recuperado de https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2014/demo/p25-1140.pdf

Pérez Díaz, J., Castillo Belmonte, A. B., Aceituno Nieto, M. P., & Ramiro Fariñas, D. (2025). Un perfil de las personas mayores en España. CSIC.2025.

Rodríguez, Teresa. (2019). Evaluación de los servicios gerontológicos: un nuevo modelo basado en la Atención Centrada en la Persona. Rev. Arg. de Gerontología y Geriatría;Vol 31(3):83-89

Rodríguez, Y. y Manzanares, A. (2003). Intervención de trabajo social con adultos mayores. Revista de Trabajo Social 5, 119-130. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4388614

Rodríguez- Rodríguez, V. (2018) El marco de las políticas de Vejez en Europa. Panorama social, 28, pp. 147-160

Teater, Barbra & Chonody, Jill. (2018). Social Work Practice With Older Adults: An Actively Aging Framework for Practice. 10.4135/9781506334271.

United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2024). World Population Prospects 2024: Summary of Results (UN DESA/POP/2024/TR/NO. 9). New York: United Nations Recuperado de https://www.un.org/development/desa/pd/content/world-population-prospects-2024-summary-results-0

CAPÍTULO Nº 5

INTERVENCIÓN SOCIAL CON PERSONAS EN EL ÁREA DE SALUD Y SALUD MENTAL

JOSÉ SÁEZ-OLMOS Y PABLO OLMEDO

INTRODUCCIÓN

La comprensión de los problemas de salud mental no siempre resulta evidente para el público general, lo que se ve agravado por la desinformación y los prejuicios existentes. Con frecuencia, se confunde la enfermedad de Alzheimer con un trastorno mental, cuando en realidad se trata de una patología neurodegenerativa. Asimismo, persiste la idea errónea de que los trastornos mentales son casos aislados, pese a que cerca del 3 % de la población adulta en España padece un trastorno mental grave, lo que equivale a más de un millón de personas. En este contexto, la información y la formación en salud mental constituyen una prioridad para los profesionales del ámbito social, especialmente considerando que, según la Organización Mundial de la Salud, para el año 2030 los problemas de salud mental serán la principal causa de discapacidad.

A diferencia de la diversidad funcional o de las enfermedades neurodegenerativas, los problemas de salud mental no implican una disminución ni un deterioro permanente de las capacidades cognitivas, sino que las alteran de manera temporal o intermitente. El tratamiento y la recuperación son posibles, y muchas personas con un trastorno mental logran llevar una vida plenamente normalizada. No obstante, estos problemas continúan siendo afrontados en silencio por gran parte de la sociedad, generalmente debido al miedo, la vergüenza o la falta de comprensión, es decir, al estigma social que los rodea. Esta situación dificulta que numerosas personas afectadas soliciten la ayuda necesaria para su recuperación.

A pesar de los avances científicos, la sociedad continúa discriminando a las personas con problemas de salud mental debido a los estereotipos y la falta de información. Un error frecuente consiste en considerar que la enfermedad mental no es “algo que cualquiera puede padecer”, sino “algo que define a la persona”. Esta identificación total entre individuo y trastorno refuerza prejuicios basados en falsos mitos. El estigma social se convierte así en una carga adicional de angustia y aislamiento para quienes lo sufren.

El impacto de los problemas de salud mental en la sociedad, reforzado por el estigma y la discriminación, es considerable. Su efecto sobre la calidad de vida supera al de enfermedades crónicas como la artritis, la diabetes o las patologías cardiovasculares y respiratorias. Además, el número de suicidios vinculados a problemas de salud mental excede las muertes anuales por accidentes de tráfico, homicidios o sida. Estas enfermedades representan el 10,5 % de los días perdidos por incapacidad temporal y aproximadamente el 6,8 % de los años de vida laboral perdidos por incapacidad permanente.

Es importante considerar que los problemas de salud mental abarcan una amplia variedad de condiciones que afectan, de manera temporal y significativa, la capacidad de las personas para afrontar las demandas cotidianas. Estas alteraciones pueden incidir en el pensamiento, la percepción, el estado de ánimo, la personalidad o la conducta, comprometiendo procesos psicológicos como la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, el aprendizaje, el lenguaje y la percepción. Todo ello dificulta la adaptación al entorno y genera un notable malestar.

Por todo ello, resulta esencial que los profesionales del trabajo social dispongan de una formación sólida y actualizada en todos los aspectos relacionados con la salud mental. Su papel dentro de los Servicios Sociales los convierte en referentes clave para las personas que presentan este tipo de problemáticas.

LA ENFERMEDAD MENTAL A TRAVÉS DE LA HISTORIA

La enfermedad mental ha constituido un fenómeno histórico y social cuya definición y forma de atención han variado según el contexto cultural, geográfico y temporal. Para comprender los actuales enfoques de rehabilitación psicosocial en personas con trastornos mentales, resulta necesario realizar una breve aproximación a la evolución histórica de este concepto.

En la concepción antigua de la enfermedad mental predominaban interpretaciones mágicas y religiosas. En Mesopotamia, hace aproximadamente cuatro mil años, se consideraba una influencia demoníaca derivada de un castigo divino por la transgresión de algún precepto. En el antiguo Egipto, según el papiro de Edwin Smith (1550 a. C.), se localizó por primera vez en el cerebro la sede de las funciones mentales y motoras, reconociéndose además la relevancia de entornos estimulantes y actividades recreativas como la pintura y la danza. El templo de Imhotep, en Menfis, se convirtió en un centro destacado para el tratamiento de estas afecciones, donde se empleaban hierbas, rituales y la terapia del sueño, interpretando los sueños de los pacientes para determinar el origen del mal.

En la antigua Grecia se produjo un avance significativo en la conceptualización de los problemas de salud mental, aunque persistieron etapas que no eliminaron por completo la visión mística. De esta época proceden términos psicopatológicos como el complejo de Edipo, el complejo de Electra y el síndrome de Ulises. Figuras como Platón destacaron la relevancia de la entrevista clínica, mientras que Hipócrates, considerado el padre de la medicina moderna, estableció la primacía del cerebro en la etiología de enfermedades hasta entonces desconocidas. Asimismo, se reconoció la influencia de factores externos, como la alimentación y el clima, en la aparición de trastornos mentales.

En la Roma clásica predominó la concepción de las enfermedades como procesos naturales, dejando atrás las interpretaciones sobrenaturales. Se incorporaron prácticas terapéuticas heredadas del modelo egipcio, basadas en actividades

lúdicas como la música y la pintura para ciertas patologías mentales. Asimismo, se realizaron clasificaciones de las enfermedades en tópicas o locales y sistémicas o generales, distinguiendo dentro de estas últimas un subgrupo de trastornos mentales, que podían ser febriles (delirios) o no febriles (locura). Los postulados de Galeno adquirieron gran relevancia al sostener que las lesiones cerebrales podían ocasionar alteraciones tanto físicas como mentales.

Tras este breve recorrido histórico, puede afirmarse que el discurso dominante sobre la etiología de los problemas de salud mental se sustentó, en gran medida, en explicaciones de carácter sobrenatural, aunque coexistieron concepciones basadas en causas naturales. Con la expansión del cristianismo y la llegada de la Edad Media, prevaleció la interpretación religiosa, atribuyendo las enfermedades mentales a pecados o posesiones demoníacas. Las personas consideradas "locas" solían vagar por las calles, bajo el cuidado de sus familias, pero también fueron objeto de maltrato y vejaciones. En España, a partir del siglo XV, el fraile Juan Gilabert Jofré promovió la creación del primer Hospital de Inocentes, destinado a albergar a estas personas para evitar su deambulación. Estas instituciones, administradas por órdenes cristianas, proliferaron durante la Edad Media y se extendieron por Europa. Los denominados "manicomios" se caracterizaban por la masificación, la falta de recursos y la función de control social, acogiendo no solo a personas con trastornos mentales, sino también a pobres, homosexuales, individuos con diversidad funcional y otros colectivos excluidos. Aunque en Europa se introdujeron cuidados menos agresivos, en España esta situación persistió hasta mediados del siglo XX. Almarcha, siguiendo a Goffman (1961), describe estas instituciones como "instituciones totales", cuya característica esencial es la ruptura del orden social básico: todas las actividades se desarrollan en un mismo espacio, bajo una única autoridad, con rutinas estrictamente programadas y jerarquizadas, orientadas a los objetivos propios de la institución.

Durante los primeros años del siglo XX se emplearon tratamientos como el electroshock, la lobotomía y la terapia con insulina. Humanistas como Pinel y Pussin reclamaron la atención médica para las personas enfermas, así como la

eliminación de cadenas, castigos y condiciones de hacinamiento. Durante la Segunda Guerra Mundial, numerosas personas con trastornos mentales fueron esterilizadas y ejecutadas bajo la premisa de una supuesta pureza racial. Tras la contienda, el compromiso con los Derechos Humanos y el surgimiento del Estado del Bienestar impulsaron una transformación profunda en la atención psiquiátrica. La declaración de la Organización Mundial de la Salud en 1948, que definió la salud como un estado de "completo bienestar físico, mental y social", junto con el auge del psicoanálisis, propició el desarrollo de nuevas teorías psicológicas y sociales que ofrecieron una visión renovada de la enfermedad mental.

Durante la España franquista, la psiquiatría se orientó hacia una interpretación biológica, moralizante y adaptativa a los valores imperantes, consolidando un modelo asistencial basado en el internamiento en hospitales psiquiátricos gestionados por la administración o por órdenes religiosas. Con el tiempo, estas prácticas comenzaron a ser cuestionadas, especialmente en las instituciones dedicadas a la atención de personas con trastornos mentales, surgiendo nuevos criterios que buscaban reducir la sobrecarga económica de la institucionalización. Es a finales del siglo XX cuando se impulsa en España la reforma psiquiátrica (Menéndez Osorio, 2005).

MARCO NORMATIVO DE LA SALUD MENTAL EN LA ACTUALIDAD

Con el inicio de la democracia en España se introduce en el marco de la Constitución Española el Derecho a la protección de la salud y atención a personas con discapacidad (art. 43 y 49 CE) y, posteriormente, comenzó esta corriente integrada por psiquiatras y profesionales de la salud mental, inspirada en principios democráticos y en la dignificación de las personas con trastornos mentales, impulsó la superación del modelo manicomial como espacio de reclusión y marginación. Bajo fundamentos teóricos diversos, esta corriente promovió una transformación profunda en la psiquiatría y en la atención a la salud

mental. La Reforma Psiquiátrica en España se inició a comienzos de la década de 1980, en el contexto de la reconstrucción democrática, incorporando los principios de la atención comunitaria: oposición al hospital psiquiátrico y a los tratamientos aplicados en manicomios, adopción de un modelo basado en la comunidad con enfoque integral, desinstitucionalización y reinserción social. Estos principios se consolidaron en la Ley General de Sanidad 14/1986, que estableció la creación de unidades de psiquiatría en hospitales generales, priorizando la hospitalización solo cuando fuera estrictamente necesaria, y definió tres niveles de intervención: prevención, atención y rehabilitación. Se arraigó la idea de atención integral y coordinada, con una organización territorial en Áreas Sanitarias que permitió integrar en una sola red los recursos dispersos entre distintas administraciones. Esta nueva estructura priorizó el desarrollo de programas de hospitalización parcial, atención ambulatoria y domiciliaria, rehabilitación psiquiátrica y alternativas residenciales a la larga estancia manicomial, como viviendas tuteladas y residencias especializadas.

Dos hechos significativos marcaron la reforma psiquiátrica en España. El primero fue el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985), que estableció las bases para la atención a las personas con trastornos mentales, recogidas posteriormente en el artículo 20 de la Ley General de Sanidad 14/1986. Este documento defendía la transformación del hospital psiquiátrico, reduciendo al máximo la hospitalización y promoviendo la integración de la atención psiquiátrica en el sistema sanitario general, evitando la discriminación frente a otros pacientes. El Informe consolidó el cambio hacia un modelo comunitario, fundamentado en la creación de servicios especializados como los Centros de Salud Mental, la implementación de sistemas de evaluación y registro, y el desarrollo de programas de rehabilitación y reinserción social.

El hito que precedió al Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica fue la promulgación de la Ley General de Sanidad en 1986, en cuyo artículo 20, capítulo III, sobre la salud mental, hace referencia a la plena integración de las actuaciones referentes a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación de la persona con problemas de salud mental a

las demás personas que requirieran servicios sanitarios y/o sociales, las administraciones sanitarias competentes adecuarían su actuación a los siguientes principios:

- Que la atención a los problemas de salud mental de la población se realizara en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que redujeran al máximo posible la necesidad de hospitalización. Y la consideración de modo especial a aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría.
- La hospitalización de los/as pacientes por procesos que así lo necesitaran se realizaría en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.
- El desarrollo de los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una óptima atención integral de los problemas de salud mental del/la paciente, a través de la necesaria coordinación con los servicios sociales.

De este modo, los servicios de salud mental y atención psiquiátrica del sistema sanitario general asumirían, en coordinación con los servicios sociales, tanto la prevención primaria como la atención a los problemas psicosociales asociados a la pérdida de salud. A partir de la Ley General de Sanidad, Desviat (2011) señala que se consolidó un Sistema Nacional de Salud caracterizado por la prestación universal, equitativa y descentralizada, financiada con fondos públicos, fruto de las reformas surgidas en el contexto de sensibilidad social y crecimiento económico de la posguerra, orientadas hacia el Estado del Bienestar. Estas reformas promovieron la creación de servicios nacionales de salud, el desarrollo de la atención primaria y una nueva concepción de la salud pública. En particular, el artículo 20 de la Ley General de Sanidad incorporó los principios del modelo transformador de la asistencia psiquiátrica, similar al adoptado en otros países democráticos tras la Segunda Guerra Mundial (Reino Unido, Estados Unidos, Canadá, Italia), basado en la atención comunitaria, la desinstitucionalización y la promoción de reformas legales y asistenciales que garantizaran una atención

integral y el respeto a los derechos humanos y ciudadanos de las personas con trastornos mentales

En la Reforma Psiquiátrica también resulta relevante destacar la participación ciudadana mediante la creación de asociaciones sin ánimo de lucro que brindan apoyo esencial y trabajan por el bienestar de las personas con trastornos mentales. En 1983 se constituyó la Federación Estatal de Asociaciones de Familiares de Enfermos Psíquicos (FEAFES), integrada por entidades surgidas en el proceso de reformas locales, que se consolidó a nivel nacional en 1991 como Confederación y actualmente agrupa más de 300 organizaciones bajo la denominación Salud Mental España. El movimiento asociativo ha sido un factor dinamizador clave, especialmente en el apoyo social y la visibilización de la transformación asistencial. No obstante, persisten dificultades para integrar el modelo propuesto en la conciencia colectiva, tanto en la sociedad civil y sus agentes (asociaciones, partidos, sindicatos) como en los colectivos profesionales. Asimismo, el desarrollo insuficiente de aspectos centrales de la Ley General de Sanidad evidencia que aún existen retos pendientes en la garantía plena de los derechos de las personas con problemas de salud mental.

En los últimos años, los movimientos sociales y culturales, junto con las recomendaciones de organismos internacionales, han contribuido al reconocimiento de los derechos universales de las personas con trastornos mentales y a la necesidad de establecer un marco legislativo que garantice la satisfacción de sus necesidades. Un ejemplo significativo es la Resolución 46/119 de la Asamblea General de las Naciones Unidas (1991), que recoge los Principios para la Protección de las Personas con Enfermedad Mental y para la Mejora de la Atención a la Salud Mental. Estos principios establecen derechos básicos considerados inviolables en entornos comunitarios e institucionales, entre los que destacan la protección de la confidencialidad, la disponibilidad de recursos para los servicios de salud mental, protocolos para salvaguardar los derechos de las personas afectadas, la protección de menores y estándares sobre cuidados y tratamientos, incluyendo el ingreso involuntario y el consentimiento informado.

El informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2001 constituyó otro avance significativo en el reconocimiento de la atención a las personas con trastornos mentales, al subrayar su importancia para el bienestar individual, social y nacional. Este documento propuso medidas orientadas a eliminar la discriminación y el estigma, así como a garantizar la creación de servicios eficaces de prevención y tratamiento. Asimismo, las particularidades y dificultades específicas de estas personas fueron recogidas en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de la OMS (2001), y en el ámbito nacional por la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (INE, 1999) y el Libro Blanco sobre la Dependencia. En 2003, la OMS señaló que la vía más adecuada para abordar la complejidad de las necesidades en salud mental es la implementación de una normativa específica, concebida como un proceso flexible y adaptable a los avances científicos, complementario a la legislación general y acompañado de una adecuada planificación de recursos.

En las últimas décadas, uno de los cambios más relevantes en la intervención social en España ha venido de la mano de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Esta norma supuso la creación de un nuevo marco de derechos y la consolidación de un sistema público de apoyos que amplió de forma significativa los ámbitos de intervención social, incorporando progresivamente el ámbito de la salud mental.

Aunque su desarrollo inicial estuvo más orientado a la atención a personas mayores, con el tiempo se ha ido extendiendo a otros colectivos, entre ellos las personas con trastorno mental grave. Desde la perspectiva de la rehabilitación psicosocial, la Ley de Dependencia ha favorecido un modelo de intervención centrado en la persona, orientado al fomento de la autonomía personal, la vida independiente y la participación en la comunidad, reforzando el papel de las redes sociales y los apoyos comunitarios como elementos clave del proceso de inclusión social.

Asimismo, la aprobación de la Ley 8/2021, de 2 de junio, ha supuesto un cambio de paradigma en el ámbito de la protección jurídica de las personas con discapacidad, al reformar de manera profunda la legislación civil y procesal en materia de capacidad jurídica. Esta norma abandona el modelo tradicional de incapacitación y sustitución en la toma de decisiones, para avanzar hacia un sistema de apoyos basado en el respeto a la voluntad, deseos y preferencias de la persona. En este nuevo marco, las medidas de apoyo (entre ellas la curatela) no implican una privación general de la capacidad de obrar, sino que se configuran de manera personalizada y proporcional, ajustándose a las necesidades concretas de cada persona y limitándose a aquellos ámbitos en los que resulte estrictamente necesario. De este modo, la intervención jurídica deja de entenderse como una "inhabilitación" global y pasa a concebirse como un acompañamiento orientado a garantizar el ejercicio efectivo de derechos en condiciones de igualdad.

Finalmente, cabe destacar el Libro Verde de la Salud Mental en Europa, que reconoce la influencia de factores biológicos, individuales, familiares, sociales, económicos y medioambientales en la salud mental, proponiendo soluciones mediante estrategias internacionales basadas en políticas específicas. En la misma línea, la Declaración de Helsinki de la OMS (enero de 2005) subrayó la necesidad urgente de estructurar una asistencia accesible, eficaz y de calidad para las personas con trastornos mentales.

SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL A LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL.

Es fundamental mantener conectadas con la realidad a las personas con problemas de salud mental grave por medio de incentivos tenaces porque en muchas situaciones la patología obstaculiza el funcionamiento psicosocial y en el desarrollo independiente de la vida social y personal de la persona que la soporta, además de perjudicar al núcleo familiar y social. Todo esto acrecienta el riesgo de exclusión social de la persona, sobre todo en tres aspectos:

- A nivel personal: ya que la persona que la padece tiende al retraimiento y aislamiento social, embotamiento afectivo, deterioro de habilidades sociales, falta de iniciativa, desmotivación, pérdida de intereses y relaciones, dependencia del entorno familiar, escasez de proyectos de vida, pérdida de la red de relaciones y dejadez del cuidado de sí mismo/a.
- A nivel familiar: la enfermedad mental es una potencial causa desencadenante de posibles tensiones, sentimientos de culpa, dificultad de la autonomía de los familiares, aparición de otros trastornos psíquicos en personas del entorno familiar, puede subyugar las relaciones sociales de la familia, etcétera.
- A nivel comunitario: la ignorancia y la desinformación sobre los problemas de salud mental, junto con los prejuicios y el estigma hacia el colectivo suponen obstáculos para las personas con problemas de salud mental para poder ejercer su plena ciudadanía.

Pero, como hemos comentado anteriormente, a partir de la década de los setenta del siglo pasado se empieza a hablar de un nuevo modelo de intervención cuya finalidad es, tal como comenta Desviat citado por González Cases y Rodríguez González, la siguiente:

> Instrumentar técnicas que hagan posible una vida lo más normal, con la mejor calidad de vida posible, a pacientes mentales crónicos, cuya enfermedad ha ocasionado limitaciones o falta de habilidades para el desempeño de sus actividades sociales (discapacidades) y consecuentemente desventajas (minusvalías) en ese desempeño. El objetivo no es la “curación” (...); el objetivo es devolver o procurar habilidades sociales a los pacientes y la dignidad de la persona enferma, que los pacientes mentales cuya enfermedad cursa con discapacidad y cronicidad, logren la completa ciudadanía política, jurídica, civil y económica. (2010).

Se habla entonces de la rehabilitación psicosocial, que según Anthony (1979), es un procedimiento que procura transmitir a las personas que soportan trastornos mentales crónicos, de aquellas destrezas físicas, intelectuales y emocionales necesarias para vivir, aprender y trabajar en la comunidad, con los menores apoyos posibles, tanto de servicios especializados como de profesionales. Este proceso requiere un compuesto sistematizado de estrategias rehabilitadoras diferentes y complementarias. Los principios básicos que delimitan la Atención en Rehabilitación Psico-social son, entre otros, los siguientes (Gisbert, 2002):

- La rehabilitación debe asentarse en una noción extensa y exhaustiva de los derechos humanos que admita y fomente el derecho de las personas con problemas de salud mental a una ciudadanía plena y digna.
- De igual forma supone promover e impulsar la participación activa y responsable de dichas personas en el control de sus propias vidas y en el proceso de rehabilitación, según sus objetivos y sus propósitos personales.
- La rehabilitación debe favorecer la integración de cada persona en su comunidad natural.
- También debe beneficiar el desarrollo de patrones de vida y el desempeño de roles sociales normalizados dentro de la comunidad.
- La rehabilitación ha de propiciar la autonomía y la independencia de la persona, con todo lo que ello conlleva.
- Debe ofrecer el apoyo que cada persona necesite, de forma individual, durante todo el tiempo que sea necesario.
- La rehabilitación ha de basarse en el principio de individualización: Cada individuo es único y el proceso de rehabilitación ha de serlo igualmente.
- Implica y ha de mantener una expectativa positiva sobre el individuo y su potencial de desarrollo.
- Se han de revisar constantemente los servicios, de los programas y los procesos con el fin de garantizar la calidad de la intervención.

El modelo desarrollado por Robert Schalock tiene un dilatado sostén teórico y práctico, y además muestra, en gran medida, los aspectos comprendidos normalmente en los conceptos de calidad de vida como el bienestar emocional,

bienestar físico, las relaciones interpersonales, el desarrollo personal, la inclusión social, los derechos, la autodeterminación y el bienestar material. De estas, Schalock (2001) plantea que ocho se pueden considerar fundamentales y que forman parte de la calidad de vida. Además, son sensibles de mejora en cualquier persona, independientemente de que tengan otras dificultades añadidas con necesidades de apoyo generalizado. Estas son el bienestar emocional, las relaciones interpersonales, el bienestar material, el desarrollo personal, el bienestar físico, la autodeterminación, la inclusión social y los derechos. Los objetivos primordiales que busca la Rehabilitación Psicosocial son:

- Beneficiar y facilitar la asimilación o recuperación de las destrezas, habilidades y competencias necesarias para el desenvolvimiento en la comunidad en las mejores condiciones posibles de normalización y calidad de vida.
- Favorecer la integración social dentro de la comunidad, apoyando y promoviendo un funcionamiento lo más autónomo, integrado e independiente que sea posible, así como la ocupación de roles sociales normalizados.
- Procurar el seguimiento, apoyo y soporte social que cada persona precise para asegurar su subsistencia en la comunidad del modo más autónomo y normalizado que sea posible.
- Reducir o prevenir el riesgo de deterioro psicosocial, marginalidad y/o institucionalización.
- Asesorar y apoyar a las familias de las personas con problemas de salud mental para favorecer su capacidad en el manejo de las dificultades que se les plantean, e incidir positivamente en el proceso de rehabilitación y ajuste social de sus familiares con problemas de salud mental.

Para que la atención a la persona con problemas de salud mental tenga un carácter realmente completo, se debe pensar en atender sus necesidades de relación social y de disfrute del tiempo de ocio. El ocio es entendido como un componente más que contribuye a la calidad de vida de cualquier persona.

> La intervención en rehabilitación psicosocial se articula a través de un proceso individualizado que combina, por un lado, el entrenamiento y desarrollo de las habilidades y competencias que cada persona requiere para funcionar efectivamente en la comunidad y por otro lado, actuaciones sobre al ambiente que incluye desde psicoeducación y asesoramiento a las familias hasta el desarrollo de soportes sociales destinados a ofrecer los apoyos necesarios para compensar o fortalecer el nivel de funcionamiento psicosocial del enfermo mental crónico (Liberman, 1982).

Por otro lado, la metodología de intervención en rehabilitación psicosocial debe contar con los siguientes componentes principales (Anthony, Cohen y Farkas, 1982; Farkas y Anthony, 1989):

- Valoración funcional de las destrezas y capacidades de la persona usuaria en relación con las demandas ambientales de su entorno.
- Planificación sistemática, estructurada y flexible de todo el proceso de rehabilitación con cada persona usuaria.
- Implicación y colaboración activa de la persona usuaria y de su grupo de apoyo, fundamentalmente la familia, en todas las etapas del proceso de rehabilitación (evaluación, planificación e intervención).
- Preparación específica, flexible y contextualizada de las destrezas que la persona usuaria precisa para manejarse en los diversos ambientes que conforman su entorno.
- Intervención sobre el contexto concreto, tanto físico como social, de la persona usuaria para suplir la falta de capacidades existentes, promocionar su rehabilitación y procurar oportunidades de mejora de su integración social.
- Seguimiento, monitorización y sostén de las personas usuarias en los diferentes entornos de su vida.
- Intervención orientada desde una configuración multidisciplinar y elaborada en equipo por diferentes profesionales.

- Coordinación y colaboración coherente entre los diversos equipos y servicios que atienden a la persona usuaria.
- Evaluación planificada y sistemática de los resultados alcanzados y utilización de la misma para el ajuste de objetivos e intervenciones.

De esta forma, los diferentes servicios que participan en la atención comunitaria a las personas con problemas de salud mental (servicios de salud mental, hospitales, recursos sociales específicos de rehabilitación, residenciales y de soporte social, servicios sociales comunitarios, etc.) tienen funciones diferentes y complementarias, y están directa o indirectamente implicados en programas de rehabilitación. Sí que es importante tener en cuenta la influencia determinante que juega la implicación de dichos servicios, la organización y distribución de sus recursos humanos y materiales, su compromiso o no con una orientación de rehabilitación en sus pautas de atención, su capacidad para optimizar esfuerzos y coordinar tareas y actividades con otros dispositivos en el desarrollo adecuado de la atención y la rehabilitación la persona con problemas de salud mental.

Los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) o Servicios de Rehabilitación Comunitarios (SRC) se conciben como un recurso específico, dirigido a la población con problemas de salud mental graves y crónicos que presentan dificultades en su funcionamiento psicosocial y en su integración en la comunidad con el propósito de ofrecerles programas de rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario que faciliten la mejora de su nivel de autonomía y funcionamiento, así como apoyar su mantenimiento e integración social en la comunidad en las mejores condiciones posibles de normalización, independencia y calidad de vida (González y Rodríguez, 2010). La finalidad general del servicio es mejorar la calidad de vida del colectivo destinatario favoreciendo su participación activa en la sociedad y potenciando su autonomía personal. Para ello, los objetivos propuestos en el servicio de rehabilitación psicosocial suelen ser los siguientes:

- Fomentar y facilitar la obtención o recuperación y manejo de aquellas habilidades y competencias personales y sociales que cada una de las

personas usuarias demande para desenvolverse con la mayor autonomía posible en su entorno socio-familiar.

- Favorecer el mayor grado viable de ajuste e integración social de cada persona usuaria en su entorno comunitario.
- Apoyar, asesorar y ejercitar a las familias tanto individualmente como a través de programas de psicoeducación, estimulando a la vez el desarrollo de asociaciones y grupos de autoayuda entre las familias.

El perfil de los/as profesionales de los servicios de CRPS y SRC es muy variado, pero siempre se debe de disponer de una formación específica en salud mental y rehabilitación psicosocial, además de la habilidad de saber trabajar en equipo debido a la composición multidisciplinar del mismo y al abordaje integral en su metodología de intervención. Las disciplinas implicadas más comunes en este tipo de servicios son: Psiquiatría, Psicología, Terapia ocupacional, Trabajo social, Educación social y Enfermería psiquiátrica. También podemos encontrar otras figuras como auxiliares, monitores/as de rehabilitación y otros/as profesiones técnicas como la inserción social. No obstante, la especificidad de los perfiles profesionales y el número de estos puede variar de un servicio a otro dependiendo de parámetros normativos, ideológicos o económicos que pueden ser diferentes en cada comunidad autónoma.

El perfil general de las personas usuarias de los programas de los servicios de CRPS y SRC es las personas con problema de salud mental que presentan deterioro o dificultad significativa en su funcionamiento psicosocial y en su integración social. De edad entre 18 y 65 años sin distinción de sexo. Tienen que estar en una situación psicopatológica estabilizada y no presentar patrones comportamentales disruptivos o de riesgo para sí mismos o para los demás, ni problemas graves de alcoholismo o toxicomanía que dificulten gravemente o impidan el trabajo de rehabilitación a desarrollar en el centro.

El proceso metodológico del servicio deberá tener una condición flexible, progresiva y continuada siendo apropiada a las características y necesidades personales de cada persona usuaria, teniendo en cuenta, además, su contexto

sociofamiliar. El plan metodológico se desarrolla en torno al plan individualizado de rehabilitación determinado con cada persona usuaria donde se desarrollan de forma coordinada las actuaciones de los distintos perfiles profesionales que intervienen hacia una finalidad común previamente establecida. En este plan se integra de forma específica y consensuada las técnicas, los abordajes, las derivaciones, los objetivos de intervención, los responsables de cada procedimiento y los mecanismos de evaluación.

En los SRC se desarrollarán diversas actividades relacionadas a grandes áreas de actuación (González y Rodríguez, 2010): Rehabilitación psicosocial y Apoyo a la Integración social: es la intervención encaminada a mejorar la autonomía personal y social de la persona usuaria a partir de la recuperación y entrenamiento de habilidades y capacidades deberá cubrir todos los aspectos del funcionamiento psicosocial. En este sentido desde el Servicio se áreas como: Rehabilitación cognitiva, Psicomotricidad, Psicoeducación, autocuidado y Actividades de la Vida Diaria, Autoadministración de medicación y Prevención de Recaídas, Manejo y Enfrentamiento a la Ansiedad y el Estrés, Relaciones Sociales, Integración Comunitaria, Ocio y Tiempo libre, y Orientación e Inserción Laboral o Rehabilitación laboral, siempre adaptándose concretamente a las necesidades de cada persona y a los objetivos establecidos.

Otra gran área es la Intervención en el medio comunitario. Se trata de asegurar la efectiva integración social de la persona usuaria sin perder de vista las necesidades de apoyo y soporte social determinadas, cerciorando su adecuada atención tanto dentro como fuera del servicio, especialmente con aquellos con dificultades de funcionamiento e integración y por consiguiente mayor riesgo de deterioro, aislamiento y marginación. Para lo cual se establecerán y fomentarán actividades de sostén y apoyo, como sociales, culturales, deportivas, ocupacionales, de ocio, etc.; que sirvan de contexto de socialización, apoyo y soporte para las personas usuarias que lo puedan precisar.

El Apoyo a las Familias es otro de los grandes pilares de la Rehabilitación psicosocial. Desde el servicio se ofrece a las familias información, formación, asesoramiento y apoyo con el objetivo de optimizar su capacidad de manejo y convivencia con su familiar con problema de salud mental y así, favorecer a mejorar la situación y calidad de vida de la propia familia. De esta manera, se buscará implicar a la familia como un recurso activo en el proceso de rehabilitación e integración de la persona con problemas de salud mental. Además, también tiene pretensión de animar y secundar el desarrollo de grupos de autoayuda y asociaciones entre los/as familiares y los/as propios/as afectados/as.

¿Pero, cómo llegan las personas con problemas de salud mental a los recursos especializados? Fácil, a través de la derivación que realizan los Servicios de Salud Mental (especialmente los Centros de Salud Mental para Adultos). Se recomienda que todas las personas usuarias estén siendo atendidas en su Servicio de Salud Mental de referencia, el cual a través de informes que argumenten las dificultades de funcionamiento psicosocial y la necesidad de una intervención determinada de rehabilitación psicosocial, propondrá su derivación al Servicio de Rehabilitación, a través de los mecanismos de coordinación establecida. Evidentemente, ambos recursos trabajaran de forma coordinada para mejorar la calidad de vida la persona usuaria.

Finalmente el seguimiento, el soporte comunitario y la evaluación son otra de las áreas a tener en cuenta, ya que una vez finalizada la intervención o alcanzados los principales objetivos del plan individualizado, desde los CRPS se ofrecerá el apoyo, soporte social y seguimiento necesario en cada caso para asegurar el mantenimiento del nivel de funcionamiento psicosocial y de integración alcanzado y evitar, en la medida de lo posible, procesos de deterioro, aislamiento riesgo de exclusión social. Para ello, desde el CRPS se trabajará en completa colaboración y coordinación con los Servicios de Salud Mental de referencia, así como con los Servicios Sociales primarios y otros recursos comunitarios normalizados.

Los principales recursos existentes en la atención y tratamiento de las personas con problemas de salud mental son los siguientes:

Recursos de carácter sanitario	- Centro de salud Mental para Adultos (CSMA) - Centros de salud Mental Infanto Juvenil (CSMIJ) - Unidades psiquiátricas (Hospital General) - Hospitales psiquiátricos larga estancia. - Hospitales de día. - Comunidades terapéuticas. - Unidades hospitalarias de rehabilitación. - Centros de rehabilitación psicosocial y actividades de apoyo y soporte social (centro de día / servicio de rehabilitación).
Alternativas residenciales comunitarias	- Mini-residencias o residencias - Pisos tutelados. - Pensiones concertadas.
Rehabilitación laboral e integración en el mundo del trabajo	- Centros de rehabilitación laboral (SPL) - Centros Especiales de Empleo. - Programas de formación para el empleo. - Promoción de empleo y alternativas de inserción laboral.
Otros recursos comunitarios de apoyo	- Fundaciones tutelares. - Clubes sociales. - Asociaciones de familiares y/o de usuarios. - Recursos sociocomunitarios normalizados.

Desde el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) también se han ido articulando distintos servicios dirigidos también a las personas con problemas de salud mental, especialmente a aquellas con trastorno mental grave

que presentan limitaciones en su funcionamiento cotidiano. Entre estos recursos se incluyen servicios orientados a la promoción de la autonomía personal, la atención diurna y el apoyo en el domicilio, que buscan dar respuesta a las necesidades de apoyo en las actividades de la vida diaria y favorecer el mantenimiento de la persona en su entorno habitual. Junto a estos servicios, continúan existiendo prestaciones económicas, como las vinculadas a los cuidados en el entorno familiar u otras ayudas de carácter público; no obstante, la orientación general de las políticas públicas en el marco de la Ley de Dependencia ha sido priorizar el desarrollo de una red de servicios profesionales y apoyos comunitarios frente a modelos basados exclusivamente en la compensación económica. El acceso a este catálogo de servicios y prestaciones se produce tras el reconocimiento oficial de la situación de dependencia y la asignación de un grado, lo que permite establecer una respuesta ajustada a las necesidades de apoyo de cada persona, incluyendo una propuesta de recurso que se solicita, idealmente, en acuerdo con el usuario, en coherencia con un enfoque de atención personalizada y centrada en la autonomía.

RETOS Y NOVEDADES DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL EN EL ÁREA DE LA SALUD MENTAL

Uno de los principales retos de futuro de la intervención psicosocial consiste en avanzar hacia prácticas que garanticen la plena participación social de las personas. Este desafío implica consolidar modelos de relación profesional basados en la horizontalidad, el respeto y la corresponsabilidad, en los que la persona sea considerada un agente activo de su propio proceso. Desde esta perspectiva, la intervención requiere un conocimiento integral de la persona y de los distintos ámbitos de su vida, evitando enfoques reduccionistas que la conciban como un mero objeto de intervención o como un problema técnico al que dar respuesta.

Ante los retos actuales de la intervención psicosocial, según Zorrilla Beltrán y Cazorla Palomo (2022), los retos del trabajo social en salud mental requieren

estrategias que favorezcan la participación activa y el empoderamiento de las personas usuarias dentro de los servicios. Las siguientes líneas de actuación buscan favorecer la autonomía, el empoderamiento y la implicación real de las personas usuarias, promoviendo modelos de intervención más abiertos, participativos y centrados en la persona.

- La incorporación de personas con experiencia propia en salud mental y trayectoria activista como profesionales de acompañamiento y apoyo entre iguales constituye una línea de actuación clave en la intervención psicosocial. Estas figuras aportan un conocimiento basado en la vivencia y una legitimidad que favorece procesos de identificación, empoderamiento y recuperación. Su integración en los equipos contribuye a equilibrar las relaciones de poder, a humanizar la intervención y a promover modelos de apoyo centrados en la reciprocidad, el acompañamiento y la toma de decisiones compartida.
- La inclusión de espacios autogestionados dentro de las propuestas grupales ofrecidas desde los servicios representa una estrategia fundamental para fomentar la participación activa de las personas usuarias. Estos espacios permiten que sean las propias personas quienes definan objetivos, contenidos y dinámicas de funcionamiento, favoreciendo el desarrollo de competencias personales y colectivas. La autogestión refuerza la autonomía, la responsabilidad compartida y el aprendizaje de prácticas democráticas, superando enfoques asistencialistas tradicionales.
- El fomento y acompañamiento de la participación en actividades de voluntariado constituye una herramienta relevante para la inclusión social y comunitaria. A través del voluntariado, las personas pueden desempeñar roles socialmente valorados, ampliar sus redes relacionales y fortalecer el sentido de pertenencia y utilidad social. Desde la intervención psicosocial, resulta esencial apoyar estos procesos respetando la voluntariedad, los intereses personales y los ritmos individuales, evitando dinámicas instrumentalizadoras.

- La creación e impulso de espacios mixtos de participación, en los que interactúen personas usuarias de los servicios y ciudadanía sin diagnóstico en salud mental, contribuye de manera significativa a la reducción del estigma y la discriminación. Estos espacios favorecen relaciones basadas en la igualdad y el reconocimiento mutuo, y promueven una visión normalizada de la diversidad. Además, permiten situar la intervención más allá de los dispositivos especializados, reforzando su dimensión comunitaria.
- La promoción del asociacionismo, y de forma específica de las entidades y movimientos en primera persona, constituye un eje central para el fortalecimiento de la participación social y la defensa de derechos en el ámbito de la salud mental. El mundo asociativo en primera persona facilita la autoorganización, la construcción de discursos propios y la incidencia social, favoreciendo que las personas pasen de ser usuarias de servicios a sujetos activos de transformación social. El apoyo institucional a estas iniciativas supone un paso clave hacia modelos de intervención más inclusivos y orientados a la ciudadanía.

BIBLIOGRAFÍA

Almarcha, A. (1972). Erving Goffman, Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales (Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1972). Primera edición en inglés, 1961." Papers: revista de sociologia 6 198-215

Anthony, W. (1979). *The principles of psychiatric rehabilitation.* Baltimore: University Park Press.

Anthony, W., Cohen, M. y Farkas, M. (1982). A psychiatric rehabilitation treatment program: Can I recognize one if I see one? *Community Mental Health Journal,* 18. 83-96.

Conferencia ministerial de la OMS para la Salud Mental. Declaración de Helsinki, 2005.

Comisión de las Comunidades Europeas. Libro Verde. (2005). *Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de Salud Mental*. Bruselas.

Desviat, M. (2011). La reforma psiquiátrica 25 años después de la ley general de sanidad. Centro de Salud Mental de Tetuán *Rev. Esp. Salud Pública 85*: 427-436. N.º 5 - Septiembre-Octubre 2011. Madrid.

Farkas, M. y William A. (1989). *Psychiatric rehabilitation programs: Putting theory into practice* (pp.1-27). Baltimore: University Park Press.

Gisbert, C. (2002). *Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones.* Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria.

Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud.

Goffman, E. (1961), Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates (trad. española, Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales, Amorrortu, Buenos Aires, 1970).

González Cases, J. y Abelardo Rodríguez G. (2002) Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica. Programas básicos de intervención. Madrid: BOOC y Consejería de Servicios Sociales.

González Cases, J. y Abelardo Rodríguez G. (2010). Programas de rehabilitación psicosocial en la atención comunitaria a las personas con psicosis. *Clínica y Salud* 21.3 319-332

Liberman, R. (1982). Assessment of social skills. *Schizophrenia Bulletin* 8.1 62.

Menéndez Osorio, F. (2005). Veinte años de la Reforma Psiquiatríca: Panorama del estado de la psiquiatría en España de los años 1970 a los 2000: de un pensamiento único a otro. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 95 69-81.

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud. (2002). *Programa Mundial de Acción en Salud Mental.* Ginebra.

Schalock, R. (2001). *Conducta adaptativa, competencia personal y calidad de vida*. Siglo cero: boletín de la Federación Española de Asociaciones Protectoras de Subnormales

Zorrilla Beltrán, S., & Cazorla Palomo, J. (2022). Retos del trabajo social en salud mental. *Servicios Sociales y Política Social*, (127), 69–79.

CAPÍTULO Nº 6

INTERVENCIÓN SOCIAL CON PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

JUAN JESÚS ROBLES

INTRODUCCIÓN

La aproximación al concepto de cuidados de larga duración (long-term care, en inglés) o situaciones de dependencia, la podemos realizar desde múltiples perspectivas. Según la OMS (2025), la situación de dependencia se puede definir en distintos contextos. En un primer lugar, nos podemos referir a la dependencia como la presencia de una disminución de la autonomía que dificulta o impide llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria (en adelante, ABVD) causada por una situación de enfermedad o discapacidad; mientras que también la encontramos como una necesidad compulsiva de sustancias o conductas (problemas de adicción). Otro contexto también reconocido por la OMS a la hora de definir los contextos de la dependencia es en el ámbito emocional, siendo esta una insatisfacción por unas necesidades desadaptativas hacia otras personas (OMS, 2025). Estas dos últimas aproximaciones son una parte importante del concepto de las personas en situación de dependencia. A continuación, nos enfocaremos en las personas en situación de dependencia en cuyo origen se halla una disminución de su autonomía personal para poder realizar las actividades básicas de la vida diaria.

La dependencia es una condición que puede estar presente en personas de características muy distintas (edad, condiciones, fisionomía, etc.), las cuales se encuentran bajo unas necesidades de apoyo para llevar a cabo las ABVD. Estas necesidades pueden deberse a factores como el envejecimiento, la discapacidad

física o cognitiva, o la presencia de enfermedades incapacitantes o crónicas que conllevan una pérdida de la autonomía en la persona afectada (Casanova, 2024).

Los efectos de la situación de dependencia pueden repercutir en gran medida al entorno familiar de la persona afectada, incluyendo también al entorno social y comunitario al que pertenece. La conocida como “Ley de Dependencia”, Ley 39/2006, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, considera en su artículo 2 como dependiente a toda “persona que, por razones asociadas a la reducción o la falta de ciertas capacidades, tienen necesidad de ser asistidas y/o ayudadas para la realización de actividades diarias, implicando la presencia de por lo menos otra persona que realice actividades de apoyo” (BOE, 2006). La intensidad y frecuencia de las atenciones puede repercutir y, en la mayoría de las ocasiones, provocar un desgaste emocional y físico en el cuidador que puede producir rechazo hacia la población dependiente (Segura-Cuenca, 2024).

El aumento de la esperanza de vida actual, la presencia de una población más envejecida y los cambios sociodemográficos han aumentado el tamaño de la población susceptible de necesitar de cuidados de larga duración, lo que ha conllevado que sea considerada como una situación social de gran relevancia y preocupación. Este envejecimiento de la población plantea una problemática de salud evidente, aunque también debe considerarse un problema social. Debido a ello, la situación de dependencia debe visualizarse de forma multidimensional en la que se permita abastecer sus necesidades y favorecer su bienestar (Hernández-Navarro, 2024).

En el ámbito social, la dependencia exige la implicación de las instituciones públicas, los profesionales y la sociedad pues, además de tratar los cuidados y la atención en personas en situación de dependencia desde un enfoque clínico y social, es importante llevar a cabo una reflexión acerca de los derechos, la dignidad y las condiciones de vida de estas personas. Es esencial la promoción de la autonomía, la inclusión y la participación social procurando eliminar la discriminación hacia la población dependiente (Sánchez-Moraleda, 2024).

El Observatorio Estatal para la Dependencia en el año 2025, estimó que un total de 1.726.288 personas tiene reconocida algún tipo de dependencia y 133.414 continúan pendientes de valoración, lo que supone que un 3,5% de la población española requiere ayuda para llevar a cabo las ABVD. Además, el 62% de los beneficiarios de prestaciones son mujeres, mientras que el 37% son hombres, siendo tres de cada cuatro personas dependientes mayores de 65 años y un 53%, mayores de 80 años. Aproximadamente el 34% de las personas que aún no han sido valoradas Presentan un grado de dependencia II o superior (Observatorio Estatal para la Dependencia, 2025).

Según el Instituto Nacional de Estadística, el 94,7% de las personas institucionalizadas en centros presentan algún tipo de discapacidad en 2023, de las cuales, el 88,6% fueron relacionadas con el autocuidado, un 86,9% en la vida doméstica y un 86,2% en la movilidad (INE, 2024). Además, se estima un valor máximo en las cifras estadísticas de dependencia en España que alcanzaría un 73,3% de la población mayor de 65 años en torno al año 2052 (INE, 2024).

APROXIMACIÓN CONCEPTUAL

El concepto de persona en situación de dependencia engloba a todo aquel que padece algún tipo de limitación significativa en el momento de llevar a cabo las ABVD o en su autonomía, ya sea debido a una enfermedad, el envejecimiento o una discapacidad o afección en las capacidades físicas de la persona afectada (Fernández-Ming, 2025; Casanova, 2024). La situación de dependencia se prolonga en el tiempo, llegando a ser permanente e incapacitante en la realización de tareas esenciales como las ABVD, la movilidad o la toma de decisiones y comunicación (Fernández-Ming, 2025; Casanova, 2024).

Desde la perspectiva conceptual, la dependencia debe ser tratada desde un enfoque biopsicosocial y no únicamente en el ámbito clínico. Se debe valorar los contextos sociales, familiares y contextuales que rodea al usuario de forma que sea posible la valoración de las limitaciones funcionales y de su entorno con el objetivo de buscar unos servicios y/o prestaciones que aborden lo analizado (Fernández-Ming, 2025; Casanova, 2024).

Asimismo, el abordaje conceptual de las personas en situación de dependencia requiere una perspectiva general en la que se evalúe la situación global que transciende los enfoques meramente asistenciales y coloque al usuario afectados como eje central en sus intervenciones. Para ello se una visión de las capacidades y necesidades, así como las correspondencias familiares y comunitarias en provisión de una atención de calidad y adecuada a la persona (Hernández-Navarro, 2025; Fernández-Ming, 2025).

MARCO NORMATIVO Y LEGISLATIVO

El reconocimiento de los derechos de las personas en situación de dependencia ha sido puesto de relieve por numerosos documentos y decisiones de organizaciones internacionales, como la Organización Mundial de la Salud, el Consejo de Europa y la Unión Europea. En 2002, bajo la presidencia española, la Unión Europea decidió tres criterios que debían regir las políticas de dependencia de los Estados miembros: universalidad, alta calidad y sostenibilidad en el tiempo de los sistemas que se implanten.

Las conclusiones del Informe de la Subcomisión sobre el estudio de la situación actual de la discapacidad, de 13 de diciembre de 2003, coinciden en la necesidad de configurar un sistema integral de la dependencia desde una perspectiva global con la participación activa de toda la sociedad.

- **Nacional**

El marco normativo que aborda la protección social a las personas en situación de dependencia en España se desarrolla a través de **la** Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia**. Est**a ley propició la creación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), estructura interadministrativa enfocada a garantizar los servicios y prestaciones para personas quienes, por edad, enfermedad o discapacidad, necesiten ayuda para las ABVD (BOE, 2006; Huete-García, 2021).

Hasta la llegada y entrada en vigor de esta ley, no se disponía de una regulación existente en relación a las personas mayores, o esta era limitada, y en gran medida, complementaria a todas medidas de protección social dentro del Sistema público de servicios sociales.

Por su parte, la Constitución Española, en sus artículos 49 y 50, además de referirse a las personas con discapacidad, establece la obligación de los poderes públicos de garantizar a la ciudadanía de la tercera edad una suficiencia económica mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas. Asimismo, señala que, más allá de las responsabilidades familiares, las administraciones públicas deben promover el bienestar de este colectivo a través de un sistema de servicios sociales que atienda de manera específica sus necesidades en materia de salud, vivienda, cultura y ocio. Además, las administraciones tienen el deber de proporcionar los recursos y medios necesarios para atender, en condiciones de igualdad, a aquellas personas que, por razón de la edad, la discapacidad o la enfermedad, puedan encontrarse en situación de dependencia (Constitución Española, 1978; Martínez-López. 2019).

Si en 1978 los componentes esenciales del modelo de Estado del bienestar se centraban, para todos los ciudadanos, en la protección sanitaria y en la Seguridad Social, la evolución social de nuestro país desde entonces ha llevado a que los servicios sociales adquieran un papel de importancia central. Estos servicios, desarrollados principalmente por las Comunidades Autónomas y con una colaboración destacada del tercer sector, se han consolidado como un cuarto pilar del sistema de bienestar, orientado especialmente a la atención de las situaciones de dependencia (BOE, 2006; Martínez-López. 2019).

La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia establece el primer derecho subjetivo en el ámbito de los servicios sociales: el derecho a recibir cuidados. Con ello, se configura un modelo de protección social integral y garantista para todos los ciudadanos, especialmente frente a las dificultades relacionadas con las actividades básicas de la vida diaria. Esta ley divide la dependencia en tres grados: Grado I o

dependencia moderada (necesita ayuda una vez al día), grado II o dependencia severa (necesita ayuda varias veces al día, pero no de forma permanente) y grado III o gran dependiente (necesita ayuda permanente varias veces al día) (BOE, 2006). En el artículo 2 de la Ley 39/2006 (2006, art. 2), se define la situacióbn de dependencia como un "estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal" (Ley 39/2006, 2006, art. 2).

Este derecho subjetivo se menciona desde el artículo 1 de la Ley, al regular las condiciones esenciales que aseguren su igualdad de ejercicio conforme a lo previsto en la normativa, mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Dicho sistema contempla la colaboración y participación de todas las administraciones públicas, garantizando por parte de la Administración General del Estado un contenido mínimo común de derechos accesible a todos los ciudadanos en cualquier territorio del Estado español (BOE, 2006; Martínez-López. 2019).

La regulación introducida por esta Ley representa un avance significativo en materia de protección social, al equiparar el derecho a recibir cuidados con otros derechos consolidados, como la educación, la sanidad o las pensiones. De este modo, se consolida como el cuarto pilar del Estado de Bienestar, convirtiéndolo en un derecho universal, equitativo y accesible, cuya ejecución implica la corresponsabilidad de todas las administraciones públicas junto con las familias en el cuidado de las personas dependientes (BOE, 2006; Morales-Romo, 2021).

La implicación de las administraciones se refleja claramente en el capítulo 1 del título I de la Ley, al regular la participación de la Administración General del Estado mediante la financiación del nivel mínimo de protección; la obligación de las Comunidades Autónomas de aportar recursos financieros y gestionar el sistema,

incluyendo la tramitación y reconocimiento de la situación de dependencia y la asignación de servicios y prestaciones económicas; y, finalmente, la responsabilidad de las corporaciones locales en la gestión de servicios de proximidad, tales como el diagnóstico de la situación, la atención domiciliaria, los centros de día, la teleasistencia y otros recursos de apoyo a las personas dependientes (BOE, 2006; Morales-Romo, 2021).

El Real Decreto 675/2023 incorpora una serie de actualizaciones normativas de especial relevancia del Real Decreto 1051/2013 que regula las prestaciones del SAAD, orientadas a perfeccionar su regulación y a reforzar un modelo de atención más personalizado, flexible y centrado en la persona. Entre las principales modificaciones introducidas destaca la revisión de determinados apartados del procedimiento de solicitud y acceso a las prestaciones, con el objetivo de simplificar y clarificar los trámites administrativos (BOE, 2023).

Asimismo, la norma actualiza los criterios relativos a la intensidad de los servicios, especialmente en lo que respecta a la ayuda a domicilio y la teleasistencia, adecuándolos de manera más precisa a las necesidades individuales reflejadas en los programas de atención. De igual modo, se revisan los requisitos y condiciones de acceso a la prestación económica para cuidados en el entorno familiar, ampliando su alcance y adaptándolos a las nuevas realidades sociales y familiares. Este Real Decreto incorpora, además, nuevos anexos en los que se establecen las cuantías mínimas y máximas de las prestaciones económicas, contribuyendo a una mayor homogeneización y transparencia del sistema (BOE, 2023).

En conjunto, estas modificaciones permiten reforzar la seguridad jurídica del marco regulador**,** facilitar la compatibilidad y combinación de prestaciones y avanzar en la adecuación de la normativa estatal a los principios recogidos en la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (BOE, 2023).

Por otro lado, la reciente aprobación del Real Decreto-ley 11/2025, de 21 de octubre, por el que se establecen medidas para el fortalecimiento del Sistema para

la Autonomía y Atención a la Dependencia permite reforzar el sistemamediante la adopción de medidas normativas y financieras orientadas a mejorar la atención a personas con necesidades de apoyo especialmente intensas, en particular aquellas afectadas por enfermedades graves, irreversibles y de alta complejidad, como la Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA)**.**

La norma se aprueba bajo lo estipulado en el artículo 86 de la Constitución Española, que permite al Gobierno dictar disposiciones con rango de ley en situaciones de extraordinaria y urgente necesidad, y se integra dentro del marco establecido por la Ley 39/2006, reforzando los principios de universalidad, equidad, prestaciones y promoción de la autonomía personal.

Uno de los elementos más relevantes del decreto es la incorporación de un nuevo nivel de protección, denominado Grado III+ de dependencia extrema, destinado a personas que requieren apoyo continuo y generalizado para la realización de las actividades básicas de la vida diaria. Conlleva el reconocimiento de una prestación económica específica garantizada por la Administración General del Estado, con el objetivo de asegurar una cobertura adecuada a situaciones de dependencia de máxima intensidad. Contempla, además, un refuerzo de la financiación estatal del SAAD**,** asignando recursos adicionales para hacer viable la aplicación de este nuevo grado de dependencia y consolidar el fortalecimiento del sistema en su conjunto.

En conjunto, esta norma supone un avance significativo en la protección social de las personas en situación de dependencia extrema, al adaptar el marco normativo y presupuestario del SAAD a realidades sociales y sanitarias de elevada complejidad, contribuyendo así a la mejora de la calidad de vida de las personas afectadas y de sus familias.

- **Autonómica**

El marco legal de la dependencia en la Región de Murcia se apoya en la legislación estatal, especialmente en la Ley 39/2006. Esta ley ha sido desarrollada reglamentariamente en el ámbito autonómico mediante normativas propias de la Región de Murcia (BOE, 2006).

Las disposiciones autonómicas más relevantes son:

- El Decreto 74/2011, que establece el procedimiento para el reconocimiento de los grados de dependencia y los derechos correspondientes a cada nivel.
- El Decreto-Ley 3/2016, que regula la participación económica de los usuarios en la financiación de los servicios de dependencia.
- Las Normativas específicas sobre servicios concretos, como la regulación de la Ayuda a Domicilio y otros recursos destinados a apoyar a personas dependientes.

Este conjunto de normas configura un marco integral de actuación, coordinando la intervención de las distintas administraciones públicas estatales y regionales, asegurando un acceso equitativo a los servicios de dependencia en todo el territorio de la Región de Murcia (CARM, 2024). El Instituto Murciano de Acción Social (IMAS) es el organismo encargado de resolver las solicitudes y gestionar el reconocimiento del derecho a recibir cuidados de larga duraciónen la Región de Murcia (CARM, 2024).

- **Protección social desde una perspectiva europea comparada**

El marco normativo de la atención a la dependencia presenta gran disparidad entre los distintos países europeos; sin embargo, en términos generales, se sustenta en legislaciones nacionales que configuran sistemas específicos de protección social orientados a garantizar el acceso a servicios y prestaciones a las personas que requieren apoyos para el desarrollo de las actividades de la vida diaria. Estas normativas, como ocurre en el caso español con la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia**,** establecen un conjunto de derechos subjetivos y obligaciones, así como los criterios de acceso, evaluación y provisión de recursos (Zalakain, 2022; Jimeno-Jiménez, 2020; EC, 2022; Pacolet, 2024).

Asimismo, dichos marcos legales definen los mecanismos de financiación, que pueden basarse en cotizaciones sociales, impuestos generales o modelos mixtos

que regulan la organización y gestión del sistema mediante la distribución de competencias entre los distintos niveles de la administración pública. En la mayoría de los casos, estos sistemas se inspiran en los principios del Estado de Bienestar europeo, aunque presentan diferencias significativas en cuanto a la estructura financiera y a la modalidad de provisión de servicios, que puede ser pública, privada o concertada (Zalakain, 2022; EC, 2022).

En este contexto, países como Francia, Alemania, los Países Bajos y Suecia se han consolidado como referentes en el desarrollo de sistemas de atención a la dependencia, debido a la amplitud de su cobertura, la estabilidad de su financiación y el grado de institucionalización de los servicios (Zalakain, 2022; Pacolet, 2024).

Por un lado, el modelo continental o corporativo de países como Alemania, Francia, Países Bajos se caracteriza por una financiación predominantemente basada en cotizaciones obligatorias realizadas por trabajadores y empleadores a sistemas de seguros sociales de dependencia, complementadas en algunos casos con recursos procedentes de la fiscalidad general. La organización se articula a través de sistemas de aseguramiento social con una fuerte intervención del Estado y una relevante participación de los denominados *cuerpos intermedios* (mutuas, aseguradoras y entidades sociales). La provisión incluye tanto servicios profesionales como prestaciones económicas, permitiendo cierto grado de elección por parte de las personas beneficiarias (Rodríguez-Cabrero, 2020; Pacolet, 2024).

Por otro lado, encontramos el modelo anglosajón llevado a cabo por países como Reino Unido o Irlanda. Este modelo se apoya fundamentalmente en la financiación mediante impuestos generales y se caracteriza por un enfoque selectivo basado en la evaluación individual de necesidades y recursos. La responsabilidad principal de la provisión recae en las administraciones locales, que gestionan los servicios de atención social, generalmente con una mayor participación del sector privado y del tercer sector. El acceso a las prestaciones suele estar condicionado a criterios de elegibilidad económica y funcional (de Paz-Cobo, 2017; EC, 2022).

Otro ejemplo de modelo normativo europero es el modelo nórdico, característico de países como Suecia o Dinamarca. Este se fundamenta en la fiscalidad general y en el principio de universalidad, garantizando el acceso a servicios públicos de alta calidad con independencia del nivel de renta. La gestión se descentraliza en el ámbito local, y se prioriza la provisión de servicios profesionales frente a las prestaciones económicas, con un marcado énfasis en la promoción de la autonomía personal, la igualdad social y la corresponsabilidad pública en el cuidado (Rostgaard, 2022; Pacolet, 2024).

SISTEMA DE PROTECCIÓN: RECURSOS, SERVICIOS Y PRESTACIONES

- ***Servicios del SAAD:***

Servicios de promoción de la autonomía personal y prevención de la dependencia: recogido el artículo 21 de la LAPAD, tiene como objetivo evitar la aparición o el empeoramiento de enfermedades, discapacidades y sus posibles consecuencias, mediante la actuación coordinada de los servicios sociales y sanitarios. Para ello, se desarrollan iniciativas orientadas a la promoción de hábitos de vida saludables, programas preventivos específicos y actuaciones de rehabilitación dirigidas a personas mayores, personas con discapacidad y a aquellas que se encuentran afectadas por procesos de hospitalización de especial complejidad.

Se trata de un recurso orientado principalmente a personas con dependencia moderada o grado I, con el fin de prevenir el avance de la dependencia y promover su mantenimiento en el entorno habitual.

Este servicio se concreta a través de un conjunto de intervenciones destinadas a potenciar y conservar la capacidad personal para tomar decisiones, afrontar situaciones y ejercer control sobre la propia vida, de acuerdo con las preferencias y valores individuales. Asimismo, facilita la realización de las actividades básicas de la vida diaria, favoreciendo la autonomía personal

Servicios de Teleasistencia: recogido en el artículo 22 de la LAPAD, proporciona apoyo a las personas beneficiarias a través del uso de las tecnologías de la información y la comunicación, contando con el respaldo de los recursos humanos necesarios para ofrecer una respuesta inmediata ante situaciones de emergencia, inseguridad, soledad o aislamiento, mediante un dispositivo específico conectado a la línea telefónica, que permite a la persona usuaria establecer contacto inmediato con el centro de atención mediante la pulsación de un botón, normalmente en forma de colgante o pulsera, desde cualquier punto del domicilio.

El fin principal de la teleasistencia es favorecer la permanencia de las personas mayores o en situación de vulnerabilidad en su domicilio y entorno familiar, garantizando su seguridad y bienestar. Además, contribuye a reducir el sentimiento de soledad, a fomentar la autonomía personal y a prevenir situaciones de riesgo.

Pueden ser beneficiarias de este servicio todas las personas que tengan reconocida una situación de dependencia, con independencia del grado asignado, siempre que residan en su vivienda habitual y dispongan de línea telefónica y suministro eléctrico. La teleasistencia se distingue entre básica y avanzada.

Servicio de Ayuda a Domicilio: recogido en el artículo 23 de la LAPAD, consiste en una prestación orientada a la asistencia física y profesional en el domicilio de las personas en situación de dependencia con el objetivo de cubrir sus necesidades cotidianas. Estas actuaciones son prestadas por entidades o empresas debidamente acreditadas y pueden estar vinculadas tanto a la atención personal en la realización de las actividades de la vida diaria como a la atención de las tareas domésticas del hogar, como la limpieza, la preparación de alimentos u otras similares con la finalidad de favorecer la autonomía de la persona usuaria y permitir su permanencia en el domicilio en condiciones de seguridad y calidad de vida.

El personal cualificado encargado de este servicio lleva a cabo actuaciones de carácter preventivo, educativo, rehabilitador y asistencial, dirigidas tanto a las

personas como a las unidades de convivencia que presentan dificultades para mantenerse o desenvolverse en su entorno habitual.

Los servicios vinculados a las tareas domésticas deberán prestarse conjuntamente con los de atención personal. No obstante, de manera excepcional y debidamente justificada, podrán ofrecerse de forma independiente cuando así se establezca en el Programa Individual de Atención y exista una motivación expresa por parte de la Administración competente.

Servicio de Centro de Día y de Noche: recogido por el artículo 24 de la LAPAD, es un recurso destinado a ofrecer una atención integral a personas en situación de dependencia durante el horario diurno o nocturno, con el objetivo de mantener o mejorar su autonomía personal y proporcionar apoyo a las familias y cuidadores Aborda, desde un enfoque biopsicosocial, las necesidades de prevención, rehabilitación, orientación, habilitación, asesoramiento y atención personal y asistencial.

Se trata de un recurso de carácter colectivo que atiende a varias personas de manera organizada dentro de un horario establecido. Ofrece tratamientos especializados, programas de rehabilitación, espacios de socialización y apoyo profesional, lo que contribuye tanto al bienestar de las personas dependientes como al alivio de la carga familiar. Este tipo de atención favorece la permanencia de las personas con dependencia moderada en su domicilio habitual, siempre que cuenten con el respaldo de cuidados profesionales y apoyo familiar complementario.

Aunque la normativa distingue diferentes modalidades de Centros de Día, en la práctica la mayoría de las comunidades autónomas disponen principalmente de Centros de Día dirigidos a personas mayores de 65 años y a personas menores de esa edad con discapacidad reconocida. En el caso de las personas mayores, el Centro de Día ofrece una atención sociosanitaria e interdisciplinar durante el día, orientada a quienes presentan dificultades para realizar las actividades básicas de la vida diaria. Pueden acceder a este servicio las personas con

cualquier grado de dependencia, siempre que no requieran encamamiento permanente y cuenten con un entorno familiar que garantice su continuidad en el domicilio.

Por otro lado, los Centros de Día para personas con discapacidad en situación de dependencia están dirigidos a personas que requieren atención continuada durante el día y que no pueden ser atendidas por su entorno familiar o integrarse en un entorno laboral ordinario o protegido. Estos centros proporcionan atención especializada, apoyo psicosocial, servicios de comedor y transporte adaptado, así como atención sanitaria adecuada. Existen diferentes modalidades en función del tipo de discapacidad, como discapacidad intelectual, física, sensorial, parálisis cerebral o trastornos del espectro autista.

Finalmente, el Centro de Noche es un recurso menos extendido, pero cada vez más relevante, que ofrece atención integral durante la noche a personas mayores dependientes que mantienen una vida autónoma durante el día. Este servicio responde a la necesidad de las familias que, por motivos laborales o de descanso, no pueden prestar cuidados nocturnos adecuados.

Servicio de Atención Residencial: recogido en el artículo 25 de la LAPAD, este servicio se ofrece una atención biopsicosocial en los centros residenciales habilitados dependiendo del grado de dependencia y la intensidad de cuidados que requieren la persona, pudiendo ser de carácter permanente o temporal.

El SAAD ofrece este servicio a adultos mayores en situación de dependencia y personas discapacitadas que, debido a su grado de dependencia y posibles situaciones de problemática social, desde centros sociales se ofrecen alojamiento y una atención plena e integral que aborde una atención de salud física y cognitiva

- ***Prestaciones Económicas del SAAD***

Prestación Económica Vinculada al Servicio (PEVS)*:* de naturaleza periódica, se reconoce siempre y cuando no resulte viable el acceso a un servicio público o

concertado de atención y cuidados. Su reconocimiento se realiza teniendo en cuenta el grado de dependencia y la situación económica de la persona beneficiaria, conforme con lo dispuesto en el convenio suscrito entre la Administración General del Estado y la correspondiente Comunidad Autónoma.

Esta prestación, de carácter personal, está necesariamente asociada a la contratación de un servicio concreto. Las administraciones públicas competentes serán las encargadas de comprobar y garantizar que el importe de la prestación se destina correctamente a la finalidad para la que fue otorgada.

El objetivo principal de esta prestación es sufragar los costes del servicio incluido en el Programa Individual de Atención (PIA) cuando no sea posible recibir atención a través de un servicio público o concertado de cuidado y atención.

En todo caso, esta prestación económica personal debe destinarse a la adquisición del servicio correspondiente, estando su uso sometido a la supervisión de las administraciones públicas para asegurar el cumplimiento del fin para el que fue concedida (Ramírez-Pérez, 2023; BOE, 2023; Jimeno-Jiménez, 2021).

Prestación para Cuidados en el Entorno Familiar y Apoyo a Cuidadores No Profesionales (PECEF):

Esta prestación es de carácter excepcional y tiene por objetivo mantener a la persona dependiente en su domicilio y que este sea atendido bajo unas condiciones adecuadas de convivencia y bienestar.

Según el real decreto 675/2023 los distintos requisitos necesarios para ser beneficiario de esta prestación son:

- Estado de dependencia reconocido conforme a la Ley 39/2006 y correspondiente al PIA.
- Atención mediante cuidados en el entorno familiar real y continuada.
- Prestación de carácter excepcional.

Por otro lado, los requisitos para ser cuidador no profesional son:

- Tener una relación directa con la persona dependiente: Ser cónyuge o pareja de hecho de la persona dependiente; ser familiar por consanguinidad, afinidad o adopción hasta el cuarto grado; considerarse como persona del entorno relacional a criterio de la persona dependiente solicitante.
- Idoneidad para prestar cuidados.
- Relación de acciones formativas.
- Facilidad para el control y acceso por parte de los servicios sociales.
- Condición de convivencia: Convivencia en la misma vivienda de la persona dependiente solicitante durante todo el día en personas con dependencia grado II o III; o sin convivencia, pero sí con una garantía de accesibilidad inmediata garantizada en personas con dependencia de tipo I. *(Ramírez-Pérez, 2023; Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030, 2025; Real Decreto 675/2023; Jimeno-Jiménez, 2021).*

Prestación de Asistencia Personal (PAP): tiene como propósito principal fomentar la autonomía de las personas que se encuentran en situación de dependencia, independientemente del grado reconocido. Su finalidad es apoyar económicamente la contratación de una persona asistente durante un determinado número de horas, con el fin de facilitar al beneficiario el acceso a la formación y al empleo, así como promover una vida más independiente en la realización de las actividades básicas de la vida cotidiana.

La persona encargada de prestar la asistencia deberá estar debidamente afiliada y dada de alta en el régimen de la Seguridad Social que corresponda, ya sea como trabajador o trabajadora por cuenta propia en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos, o como trabajador o trabajadora por cuenta ajena en el Régimen General

ROLES Y FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL

El trabajador social desempeña una función fundamental en la atención a personas en situación de dependencia, actuando como elemento articulador entre

el sistema de recursos sociales y sanitarios y la persona dependiente y su entorno familiar, facilitando el acceso, la gestión y la adecuada provisión de dichos recursos. Asimismo, proporciona intervención psicosocial y apoyo emocional tanto a la persona en situación de dependencia como a su familia, promoviendo su inclusión social y orientando la intervención hacia la mejora de la calidad de vida y el bienestar integral. Además, dispone de competencias técnicas para la coordinación interinstitucional con el sistema sanitario y los dispositivos comunitarios, contribuyendo al desarrollo de una atención integral y multidisciplinar (Vélez-Zambrano, 2025; Riobóo-Lois, 2023).

Por tanto, los roles principales de los que se encarga el trabajador social son:

- Rol evaluador o de diagnóstico**:** consiste en la identificación y análisis de las necesidades sociales, familiares y económicas de la persona, mediante la elaboración de informes y evaluaciones sistemáticas que sustentan la planificación de la intervención.
- Rol mediador y gestor**:** implica la articulación de los recursos comunitarios y sociales con las personas usuarias, así como la identificación y gestión de prestaciones y servicios adecuados a las características y necesidades de cada caso.
- Rol de apoyo psicosocial: proporciona intervención integral orientada al bienestar y la inclusión social de las personas, fomentando la participación activa en los procesos de atención.
- Rol coordinador**:** actúa como nexo de colaboración entre profesionales de distintas disciplinas, garantizando una atención multidisciplinaria e integral.
- Rol promotor de autonomía**:** orienta sus acciones hacia la preservación y potenciación de la autonomía e independencia de las personas, favoreciendo su capacidad de toma de decisiones y autogestión en la vida cotidiana (Riobóo-Lois, 2023).

En cuanto a las funciones específicas que llevan a cabo los trabajadores sociales encontramos:

- Valoración de la dependencia**:** evaluando de forma sistemática el grado de dependencia de la persona y de sus necesidades físicas, cognitivas, sociales y emocionales. Esta valoración permite identificar los factores de riesgo, las capacidades residuales y los apoyos requeridos, constituyendo la base para la planificación de intervenciones individualizadas.
- Elaboración de Planes Individuales de Atención (PIA): elaborando el diseño, implementación y seguimiento de itinerarios personalizados de atención, orientados a satisfacer las necesidades específicas de la persona dependiente. Los PIA se elaboran de manera interdisciplinaria, incorporando objetivos medibles y estrategias dirigidas a mejorar la calidad de vida y promover la autonomía funcional y social.
- Gestión de prestaciones y recursos**:** mediante la tramitación y coordinación de ayudas económicas, servicios de atención domiciliaria, teleasistencia, así como la asignación de plazas en centros de día o residencias especializadas. Esta función requiere conocimiento detallado del sistema de protección social, normativa vigente y disponibilidad de recursos comunitarios.
- Intervención familiar**:** asesorando a los familiares o cuidadores principales, brindando formación, orientación y apoyo emocional. Asimismo, busca fortalecer la capacidad de cuidado del entorno familiar y prevenir situaciones de sobrecarga o estrés del cuidador, promoviendo la resiliencia y el bienestar de toda la unidad familiar.
- Intervención directa**:** acompañando de manera individual a la persona dependiente, facilitando el fortalecimiento de redes de apoyo formales e informales, estimulando la participación social y promoviendo la autodeterminación en la vida diaria. Esta intervención se centra en la atención integral, considerando los aspectos físicos, psicosociales y emocionales de la persona.
- Coordinación interinstitucional: facilitando la colaboración y articulación con servicios sociales, sanitarios, educativos y municipales, garantizando un enfoque integral y multidisciplinario de la atención. Esta coordinación es

esencial para optimizar recursos, evitar duplicidades y asegurar continuidad en la prestación de servicios (*Vélez-Zambrano, 2025*).

- Prevención: enfocándose en la implementación de estrategias para prevenir el deterioro físico, cognitivo o social, así como a fomentar la autonomía, la inclusión social y la participación activa de la persona dependiente en su entorno. Incluye acciones educativas, promoción de hábitos saludables y programas de estimulación funcional y social (*Vélez-Zambrano, 2025; Riobóo-Lois, 2023*).

EJEMPLO DE PROCESOS DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL

María, de 71 años, vive en un barrio conflictivo del municipio de Murcia, en La Fama. Recientemente ha sido diagnosticada de Parkinson, dificultad en el habla y sin posibilidad de caminar por sí misma. El mes pasado obtuvo resolución del INSS donde se le reconoce una pensión de Gran Invalidez de 800 euros, con complemento de ayuda de tercera persona de 400 euros. En total cobra 1200 euros al mes.

María vive con Belén, una hija con discapacidad del 65% y que tiene Grado II de dependencia, que acude al centro ocupacional Aspapros en Molina de Segura. A nivel económico, percibe una PNC íntegra (564,70 euros). Belén no fue reconocida por el padre y no tiene hermanos. Entre madre e hija existe un permanente conflicto familiar que dificultad la comunicación y relaciones, como consecuencia de la enfermedad mental de la última.

María cuenta con el apoyo de su hermana Marta, la cual vive junto a su vivienda, pudiendo conectar ambas viviendas mediante un patio interior. Marta actúa apoyándola en los trámites y gestiones como guardadora de hecho.

A nivel sanitario, recientemente María sufrió un ictus y aunque se recuperó, necesita volver a ser operada. Durante el periodo de intervención, y posterior recuperación no podrá ocuparse de su hija, por lo que necesitará la ayuda de su hermana.

La vivienda se encuentra en unas condiciones inadecuadas de habitabilidad, con abundante desorden que actúan como barrera arquitectónica y dificulta la deambulación, además de la falta de higiene del hogar.

María acude acompañada de su hermana Marta a la trabajadora social de su barrio para entregarle una resolución del IMAS por la cual se le reconoce el Grado II. María quiere solicitar la prestación económica de cuidados en el entorno familiar para ella y centro de día para ir a una asociación especializada en Parkinson.

Valoración social

María es una mujer de avanzada edad que reside en un barrio con un entorno caracterizado por una elevada vulnerabilidad social y problemáticas de convivencia. Convive en el mismo domicilio junto a su hija Belén, la cual presenta un 65% de discapacidad reconocida y Grado II de dependencia, preceptora de una PNC íntegra. La Unidad familiar presenta una dinámica relacional conflictiva debido a las dificultades de comunicación derivados por la enfermedad de la hija.

Desde el punto de vista sociosanitario, María presenta una gran vulnerabilidad funcional debida al Parkinson que padece, además del reciente ictus, lo que la limita en gran medida para llevar a cabo las ABVD propias y el correcto cuidado de su hija.

En cuanto al punto de vista económico, las fuentes de ingresos derivan de sendas pensiones, la cuales permiten la cobertura de necesidades básicas del núcleo familiar.

En lo relacionado a la red de apoyo, la hermana de María, Marta, es su apoyo principal y es ella quien asume las funciones de acompañamiento, cuidados y gestión administrativa, Previsiblemente, Marta será quien actúe como principal cuidadora durante el periodo de recuperación que precise tras su próxima intervención quirúrgica

Su situación de habitabilidad se encuentra comprometida debido a la presencia de un abundante desorden del domicilio y falta de higiene, lo que compromete la seguridad y la salud de las convivientes.

Diagnóstico social

Unidad familiar monoparental compuesta por una mujer mayor y su hija. La estructura y dinámica familiar se caracteriza por el conflicto madre e hija como consecuencia de la discapacidad y la situación de dependencia.

María ha sido recientemente valorada como Grado II por el SAAD. La situación de dependencia la limita para realizar las actividades básicas de la vida diaria, así como atender adecuadamente a su hija Belén.

Además, ha sufrido recientemente un ictus y precisa de intervención quirúrgica, hospitalización y tratamiento posthospitalario. La situación de salud la limita para realizar las actividades básicas de la vida diaria, así como atender adecuadamente a su hija.

Como factores protectores, María cuenta con el apoyo familiar de su hermana Marta quien vive junto a ella.

La familia no tiene problemas de índole económica, aunque precisa de una mejora en relación a la higiene de la vivienda.

Plan de intervención Inicial

En un primer momento de la intervención profesional, se le informaría a la unidad familiar acerca de los servicios y prestaciones económicas disponibles a los que puede acceder, de acuerdo con su grado de dependencia. Además, se le informaría de las incompatibilidades existentes, especialmente en relación con las prestaciones y servicios en virtud de su demanda expresa.

La posibilidad de acceder a centro de día es incompatible con PECEF, aunque sí es compatible con el servicio de Teleasistencia y, aunque no la demanda, la podría solicitar.

Posteriormente, se le explicaría que no se puede solicitar la PECEF si la vivienda no reúne las condiciones básicas de higiene y habitabilidad. La falta de condiciones básicas de higiene y la conflictividad con su hija limitan las posibilidades de ser beneficiaria de PECEF.

Por otro lado, se realizaríaar una visita domiciliaria para conocer cómo vive María y Belén., En ella, se explorarían distintas posibilidades para valorar cuál puede ser el recurso más adecuado para María, barajando la posibilidad de una residencia para personas con más de 65 años y enfermedad geriátrica asociada, centro de día o PECEF. La determinación del recurso más adecuado se realizará una vez obtenida toda la información sobre las dinámicas y conflictividad familiar, la identificacion de factores de riesgo y de protección y la concreción del grado de necesidad de apoyos que permita fundamentar técnicamente la toma de decisiones posteriores dentro del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

Coordinación interprofesional

Debido a la situación de complejidad que aborda el caso y los múltiples factores que interfieren en la problemática familiar como consecuencia de la dependencia funcional, enfermedad neurológica degenerativa y la convivencia con una persona con discapacidad y enfermedad mental, además de la situación de habitabilidad que se presenta, se debe abordar el caso mediante una coordinación interprofesional e interdisciplinar.

La labor de la trabajadora social de Atención Primaria asume el principal papel como referente del caso, pues sería la encargada de una primera valoración y la gestión de recursos sociales. También promoverá la coordinación con el centro de salud mental, centro médico, hospital, IMAS, etc.

Por otro lado, el equipo sanitario del servicio de Atención Primaria correspondiente sería el encargado del seguimiento clínico actual y posterior a la intervención quirúrgica pendiente, además de su propia coordinación con los servicios de neurología y rehabilitación.

También es precisa la coordinación con el centro ocupacional Aspapros o asociaciones de Parkinson como apoyo a la situación clínica de María y apoyo psicosocial al proporcionar alivio respecto la sobrecarga por el cuidado de su hija.

En último lugar, y de forma complementaria, se orientaría a iniciar tratamiento en el centro de de salud mental, mediante intervención individual/familiar, con el objetivo de mejorar la convivencia familiar con su hija y prevenir situaciones de sobrecarga emocional.

Evaluación

La evaluación debe ser integral, interdisciplinary y contextualizada, teniendo en cuenta la interacción entre la situación personal de dependencia, el entorno familiar, las condiciones socioeconómicas y el contexto comunitario. En todo caso, la evaluación del presente caso práctico tendrá por objetivo valorar la situación personal, familiar y social de la persona usuaria, así como su nivel de autonomía y las necesidades de apoyo derivadas de su situación de dependencia, tras finalizar el plan de intervención.

BIBLIOGRAFÍA (APA 7ª EDICIÓN)

- BOE. (2006). Artículo 2. Definiciones**.** En Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado, núm. 299. https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990
- BOE**.** (2003) En Ley 41/2003, de 18 de noviembre, de Protección Patrimonial de las Personas con Discapacidad**.** 277, 41212-41221. https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-21294
- BOE (2012). Resolución de 13 de julio de 2012, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia para la mejora del sistema para la autonomía y atención a la dependencia. Disponible en Resolución de 13 de julio de 2012, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y

Atención a la Dependencia para la mejora del sistema para la autonomía y atención a la dependencia. Recuperado de https://www.boe.es/boe/dias/2012/08/03/pdfs/BOE-A-2012-10468.pdf.

- *BOE. (2023).* Real Decreto 675/2023, de 18 de julio, por el que se modifica el Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Boletín Oficial del Estado*, n.º 171, de 19 de julio de 2023. España. https://www.boe.es*
- *CARM. (2024).* Ley 3/2024, de 11 de noviembre, de modificación del Decreto 74/2011, de 20 de mayo, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a los servicios y prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia y se establece el régimen de infracciones y sanciones. *Boletín Oficial de la Región de Murcia. https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=158302&IDTIPO=240&RASTRO=c672$m*
- *Casanova, G., Lillini, R., & Moreno Castro, C. (2024).* Long-term care needs and the risk of household poverty across Europe: A comparative secondary data study. *BMC Geriatrics, 24, 101. https://doi.org/10.1186/s12877-024-04687-x*
- *Constitución Española, de 27 de diciembre de 1978. Boletín Oficial del Estado, 311, 29313-29334. https://www.boe.es/legislacion/documentos/ConstitucionCASTELLANO.pdf*
- *de Paz-Cobo, S. (2017).* La atención a la dependencia en el modelo de bienestar liberal: casos de Irlanda y Reino Unido. Revista Derecho Social y Empresa, 8*, 109-132.*

- *European Commission. (2022).* Long-term care social protection models in the EU*. Comisión Europea, Dirección General de Empleo, Asuntos Sociales e Inclusión.*
- *Fernández-Ming, S., Martín-Cano, M. C., García-Domingo, M., & Ricoy-Cano, A. J. (2025).* Perceptions of care in residential facilities according to functional dependency: A phenomenological approach centred on older adults' dignity. Societies, 15*(10), 268.* https://doi.org/10.3390/soc15100268
- *Hernández-Navarro Espigares, J. L., Hernández Torres, E., & García Muñoz, T. (2024).* Population ageing, dependency and healthcare services utilisation. Estudios de Economía Aplicada, 26*(2), 1–20. https://doi.org/10.25115/eea.v26i2.5555*
- *Huete-García, A., Chaverri-Carvajal, A., & Morales-Romo, N. (2021).* El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en España (SAAD): Memoria de debilidades desde su implantación. *Revista Prisma Social, (32), 25–44.* https://revistaprismasocial.es/ps/article/view/4109
- *Instituto Nacional de Estadística. (2024).* Proyecciones de población 2024-2074*.* https://www.ine.es/dyngs/Prensa/en/PROP20242074.htm
- *Instituto Nacional de Estadística. (2024).* Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia. Población residente en centros (EDAD centros), Año 2023*.* https://www.ine.es/dyngs/Prensa/EDAD2023.htm
- *Jimeno-Jiménez, F. M. (2021).* Desarrollo autonómico de la prestación económica de asistencia personal*. Zerbitzuan, (75), 91–105.* https://doi.org/10.5569/1134-7147.75.06
- *Jimeno-Jiménez, F. M. (2020).* Los cuidados familiares en el marco del sistema de dependencia español. E-Revista Internacional de la Protección Social*,* 5*(1), 198–214.* https://doi.org/10.12795/e-RIPS.2020.i01.09
- *Martínez-López, J. Á., Frutos Balibrea, L., & Solano Lucas, J. C. (2019).* El trabajo de cuidados en el sistema de la dependencia*. Tirant Humanidades.*
- *Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030. (2025).* Panel del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) — Indicadores y evolución de prestaciones.

- Morales-Romo, N., Huete-García, A., & Chaverri-Carvajal, A. (2021). La gestión de la atención a la dependencia en España. Análisis y propuestas. Revista Prisma Social, (32), 2–24. https://revistaprismasocial.es/ps/article/view/4111
- *Observatorio Estatal para la Dependencia. (2025).* Informe del Observatorio Estatal para la Dependencia con datos oficiales a fecha de 30 de septiembre de 2025*. Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales. https://directoressociales.com*
- *Organización Mundial de la Salud. (2025).* Envejecimiento y salud*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health*
- *Pacolet, J. (2024).* Long-term care in Europe*. Actas de Coordinación Sociosanitaria, (34), 16-47.*
- *Ramírez-Pérez, C., & Cámara, A. (2023).* Catálogo de prestaciones del SAAD: análisis estadístico de servicios y prestaciones económicas. *Gaceta Sanitaria, 37, 102289.*
- *Real Decreto 675/2023, de 18 de julio.* Modificación del Real Decreto 1051/2013 sobre prestaciones del SAAD.
- *Riobóo-Lois, B., & Pastor-Seller, E. (2023).* Procesos de valoración de las situaciones de dependencia en España: el rol del Trabajo Social*. Revista Prisma Social, (41), 253–277. Recuperado de https://revistaprismasocial.es/ps/article/view/5023*
- *Rodríguez-Cabrero, G. (2020).* El modelo europeo de cuidados de larga duración (CLD): sistemas mixtos de responsabilidad familiar. *CENIE.*
- *Rostgaard, T., Jylhä, V., & Fritzell, J. (2022).* Revisiting the Nordic long-term care model for older people—Still equal? European Journal of Ageing, 19*(2), 201–214. https://doi.org/10.1007/s10433-022-00703-4*
- Sánchez-Moraleda, N. (2024). La vulnerabilidad victimal de los ancianos y su protección en el código penal: valoración y perspectivas de futuro*. Revista de Victimología / Journal of Victimology, (18), 91-132. https://observatorio-cientifico.ua.es/documentos/67114fbd22fe213e36a3aade*

- *Segura Cuenca, M. del C., & Conejero Paz, E. (2024).* Envejecimiento y dependencia en España: Un enfoque de políticas públicas. Revista Central de Sociología, 18*(18), 8–31.* *https://www.centraldesociologia.cl/index.php/rcs/article/view/168 centraldesociologia.cl*
- *Vélez-Zambrano, M. L., Arteaga Delgado, J. F., Vera Saavedra, A. A., & Cedeño Dueñas, J. A. (2025). Funciones y roles del trabajador social en el campo educativo universitario.* Revista UBM*, 6(10), 017. https://doi.org/10.56124/ubm.v6i10.017*
- *Zalakain, J. (2022).* La organización de los servicios de atención a la dependencia en Europa. Zerbitzuan: Revista de servicios sociales*, 77, 5-21. https://doi.org/10.5569/1134-7147.77.01*

CAPÍTULO Nº 7

INTERVENCIÓN CON PERSONAS CON ENFERMEDADES RARAS

CARMEN Mª GÓMEZ NAVARRO, JOSÉ LÓPEZ MELLADO Y JUAN CARRIÓN TUDELA

1. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades raras constituyen un importante reto sociosanitario que trasciende el ámbito estrictamente biomédico para situarse en el centro de las políticas sociales y de la intervención profesional del Trabajo Social. Se trata de un conjunto heterogéneo de patologías, generalmente crónicas, graves y de origen mayoritariamente genético, que afectan a un número reducido de personas de forma individual, pero a millones de personas en su conjunto. Esta aparente paradoja —baja prevalencia individual y alto impacto colectivo— genera situaciones de especial vulnerabilidad social, tanto para las personas afectadas como para sus familias y redes de apoyo.

En el contexto español, se estima que más de tres millones de personas conviven con alguna enfermedad rara, enfrentándose a procesos prolongados de diagnóstico, tratamientos limitados o inexistentes, dependencia funcional, barreras en el acceso a recursos y una elevada carga emocional, económica y social (Ministerio de Sanidad, 2023). Estas circunstancias configuran un escenario complejo que exige respuestas integrales, coordinadas y sostenidas desde los sistemas sanitario y de servicios sociales.

En este marco, la intervención social adquiere un papel central como eje articulador de apoyos, derechos y recursos, así como en la promoción de la autonomía personal, la inclusión social y la mejora de la calidad de vida. El Trabajo Social, desde su enfoque biopsicosocial y comunitario, se posiciona como una disciplina clave para abordar las necesidades sociales derivadas de las enfermedades raras, especialmente en lo relativo a la valoración social, el diagnóstico social, la planificación de la intervención y la coordinación interprofesional.

El presente capítulo tiene como objetivo analizar la intervención social con personas con enfermedades raras desde una perspectiva integral, combinando el análisis normativo, el sistema de protección social y el ejercicio profesional del Trabajo Social. Se presta especial atención al marco normativo estatal y autonómico de la Región de Murcia, así como a los procesos técnicos de intervención social, con el fin de ofrecer un recurso útil tanto para profesionales como para estudiantes y responsables de políticas públicas.

2. APROXIMACIÓN CONCEPTUAL A LAS ENFERMEDADES RARAS Y LA INTERVENCIÓN SOCIAL

2.1. Concepto de enfermedades raras

La Unión Europea define las enfermedades raras como aquellas cuya prevalencia es inferior a 5 casos por cada 10.000 personas. Bajo esta denominación se agrupan entre 6.000 y 7.000 patologías diferentes, caracterizadas por su baja frecuencia, alta complejidad clínica y, en muchos casos, carácter crónico, degenerativo y discapacitante (European Commission, 2020).

Desde una perspectiva social, las enfermedades raras no pueden entenderse únicamente como una condición de salud, sino como una situación vital que afecta de forma transversal a las distintas dimensiones de la vida de la persona: salud, educación, empleo, relaciones sociales, autonomía personal y participación comunitaria. La escasez de conocimiento científico, la falta de tratamientos específicos y la dispersión de casos contribuyen a generar situaciones de invisibilidad social y desigualdad en el acceso a derechos y recursos (FEDER, 2022).

2.2. Impacto social y familiar

El impacto social de las enfermedades raras es especialmente significativo en el entorno familiar. Las familias suelen asumir un papel central en los cuidados de

larga duración, lo que conlleva importantes repercusiones económicas, laborales y emocionales. La sobrecarga del cuidador, la renuncia al empleo, la precarización económica y el aislamiento social son algunas de las consecuencias más habituales (García-Ruiz & Roca, 2019).

Asimismo, el retraso diagnóstico —frecuente en este tipo de patologías— incrementa la incertidumbre y el desgaste emocional, dificultando la planificación vital y el acceso temprano a recursos sociales y prestaciones. En este contexto, la intervención social se orienta no solo a la persona afectada, sino también a su sistema familiar y relacional, desde un enfoque sistémico y de derechos.

2.3. Intervención social y enfoque de derechos

La intervención social con personas con enfermedades raras se fundamenta en un enfoque de derechos humanos, alineado con los principios de universalidad, equidad, accesibilidad y participación. Este enfoque reconoce a las personas afectadas como sujetos de derechos y no como meros receptores de asistencia, promoviendo su autonomía, empoderamiento y capacidad de decisión (ONU, 2006).

Desde el Trabajo Social, la intervención se concibe como un proceso planificado, técnico y ético, que integra la valoración social, el diagnóstico social y el diseño de un plan de intervención individualizado, en coordinación con otros profesionales del ámbito sanitario, educativo y comunitario. Este modelo permite abordar de forma integral las necesidades sociales derivadas de la enfermedad, así como los factores contextuales que influyen en la situación de vulnerabilidad.

3. MARCO NORMATIVO Y LEGISLATIVO

3.1. Marco normativo estatal

El marco normativo estatal en España proporciona una base jurídica esencial para la atención social de las personas con enfermedades raras, aunque no siempre de forma específica, sino a través de normas de carácter general que garantizan derechos sociales, sanitarios y de protección social.

Entre las normas más relevantes destaca la Constitución Española de 1978, que en su artículo 43 reconoce el derecho a la protección de la salud, y en el artículo 49 establece la obligación de los poderes públicos de promover políticas de atención integral a las personas con discapacidad, precepto que resulta especialmente relevante para muchas personas con enfermedades raras que generan discapacidad reconocida.

La Ley 14/1986, General de Sanidad, establece los principios de universalidad y equidad en el acceso al sistema sanitario, sentando las bases para la atención de patologías poco frecuentes dentro del Sistema Nacional de Salud. De manera más específica, la Estrategia en Enfermedades Raras del Sistema Nacional de Salud, aprobada por el Consejo Interterritorial, constituye el principal instrumento de planificación estatal, orientado a mejorar el diagnóstico precoz, la atención integral y la coordinación sociosanitaria (Ministerio de Sanidad, 2023).

En el ámbito social, la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, resulta clave para las personas con enfermedades raras que presentan limitaciones funcionales, al garantizar el acceso a servicios y prestaciones económicas de apoyo a la autonomía y a los cuidados de larga duración.

Asimismo, la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social (Real Decreto Legislativo 1/2013) refuerza el enfoque de derechos, la igualdad de oportunidades y la accesibilidad universal, aspectos fundamentales en la intervención social con este colectivo.

3.2. Marco normativo autonómico: Región de Murcia

En el ámbito autonómico, la Región de Murcia ha desarrollado un marco normativo específico que complementa la legislación estatal y adapta la atención a las características del territorio.

La Ley 3/2021, de Servicios Sociales de la Región de Murcia, configura el sistema público de servicios sociales como un derecho subjetivo, estructurando la atención en niveles de intervención y reconociendo la importancia de la atención integral y personalizada. Esta ley constituye el eje central para la intervención social con

personas con enfermedades raras en el ámbito autonómico, al garantizar el acceso a servicios, prestaciones y apoyos técnicos.

En materia específica de enfermedades raras, la Región de Murcia cuenta con instrumentos de planificación y coordinación sociosanitaria, como el Plan Integral de Enfermedades Raras, orientado a mejorar la detección, el seguimiento y la atención multidisciplinar. Asimismo, el desarrollo de sistemas de información autonómicos permite un mejor conocimiento epidemiológico y una planificación más ajustada de recursos.

El marco autonómico se completa con normativa relacionada con discapacidad, dependencia, atención temprana y protección a la infancia, ámbitos estrechamente vinculados a las enfermedades raras y en los que el Trabajo Social desempeña un papel esencial como profesional de referencia.

3.3. Otra normativa relevante

Además del marco normativo estatal y autonómico, la intervención social con personas con enfermedades raras se apoya en un conjunto de normas internacionales y europeas que refuerzan el enfoque de derechos y la atención integral. Estas disposiciones resultan fundamentales para orientar las políticas públicas y la práctica profesional del Trabajo Social.

En el ámbito internacional, destaca la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006), ratificada por España en 2008, que establece un marco jurídico vinculante basado en la igualdad de oportunidades, la no discriminación y la plena inclusión social. Esta convención reconoce el derecho de las personas con discapacidad —condición frecuente en muchas enfermedades raras— a vivir de forma independiente, participar en la comunidad y acceder a los servicios de apoyo necesarios.

A nivel europeo, la Recomendación del Consejo de la Unión Europea sobre una acción en el ámbito de las enfermedades raras (2009/C 151/02) insta a los Estados miembros a desarrollar planes o estrategias nacionales que aborden la atención integral de estas patologías, promoviendo la coordinación entre sistemas sanitarios y sociales, así como el apoyo a las familias y cuidadores.

Asimismo, la Carta Social Europea y el Pilar Europeo de Derechos Sociales refuerzan el derecho a la protección social, la atención sanitaria y los servicios de apoyo para las personas en situación de vulnerabilidad, principios que sustentan la intervención social con personas afectadas por enfermedades raras.

En el ámbito específico de la infancia, resulta relevante la Convención sobre los Derechos del Niño (ONU, 1989), que obliga a los Estados a garantizar una atención especial a los menores con problemas de salud o discapacidad, asegurando su desarrollo integral y la protección de sus derechos educativos, sociales y familiares. Este marco resulta especialmente significativo dado que una parte importante de las enfermedades raras se manifiestan en la infancia.

4. ROLES Y FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA INTERVENCIÓN CON PERSONAS CON ENFERMEDADES RARAS

4.1. El trabajador social como profesional de referencia

El trabajador social desempeña un papel central en la atención a las personas con enfermedades raras, actuando con frecuencia como profesional de referencia dentro del sistema de servicios sociales y como figura clave en la coordinación sociosanitaria.

Su intervención se fundamenta en una visión integral de la persona, considerando tanto las necesidades derivadas de la enfermedad como los factores sociales, familiares, económicos y comunitarios que influyen en su situación.

Desde esta posición, el trabajador social acompaña a la persona y a su familia a lo largo del proceso vital, facilitando el acceso a recursos, promoviendo la autonomía personal y defendiendo el ejercicio efectivo de derechos sociales.

Esta función resulta especialmente relevante en contextos de alta complejidad, como los que caracterizan a las enfermedades raras, donde la fragmentación de los sistemas de atención puede generar desprotección y desigualdad.

4.2. Funciones específicas

Entre las principales funciones del trabajador social en este ámbito destacan:

- Información, orientación y asesoramiento social, proporcionando a las personas afectadas y a sus familias información clara y actualizada sobre recursos, prestaciones, derechos y procedimientos administrativos.
- Valoración social, mediante la recogida y análisis sistemático de información sobre la situación personal, familiar, económica y social, identificando factores de riesgo y de protección.
- Diagnóstico social, que permite interpretar la situación de necesidad social y establecer prioridades de intervención de forma técnica y fundamentada.
- Diseño, ejecución y seguimiento del plan de intervención social, adaptado a las necesidades específicas de cada persona o unidad familiar.
- Coordinación interprofesional, actuando como nexo entre los distintos sistemas implicados (sanitario, educativo, laboral, comunitario).
- Apoyo psicosocial, especialmente en situaciones de impacto emocional, duelo, sobrecarga del cuidador o adaptación al diagnóstico.
- Defensa y promoción de derechos, incluyendo la detección de situaciones de discriminación o exclusión social y la intervención para su corrección.

Estas funciones se desarrollan desde un marco ético y deontológico, conforme a los principios del Trabajo Social, como la dignidad de la persona, la justicia social, la confidencialidad y la autodeterminación (Consejo General del Trabajo Social, 2020).

5. SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL: RECURSOS, SERVICIOS Y PRESTACIONES

5.1. El sistema público de servicios sociales

El sistema público de servicios sociales constituye el principal marco de intervención para la atención social de las personas con enfermedades raras. En la Región de Murcia, este sistema se organiza en distintos niveles de atención, garantizando el acceso a servicios de carácter comunitario y especializado, conforme a lo establecido en la Ley 3/2021 de Servicios Sociales.

Los servicios sociales de atención primaria actúan como puerta de entrada al sistema, desarrollando funciones de información, valoración y acompañamiento social. En este nivel, el trabajador social identifica las necesidades sociales derivadas de la enfermedad y activa los recursos necesarios.

Por su parte, los servicios sociales especializados atienden situaciones que requieren una intervención más intensiva o específica, como la discapacidad, la dependencia, la atención temprana o la protección a la infancia. Las personas con enfermedades raras suelen transitar entre ambos niveles, lo que hace imprescindible una coordinación fluida y continuada.

5.2. Recursos y servicios específicos

Entre los principales recursos y servicios del sistema de protección social destacan:

- Servicios de atención a la discapacidad, que incluyen centros de día, servicios de rehabilitación, apoyos a la integración social y laboral, y programas de promoción de la autonomía personal.
- Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), que ofrece servicios como ayuda a domicilio, teleasistencia, centros residenciales y prestaciones económicas vinculadas al cuidado.
- Atención temprana, dirigida a menores de 0 a 6 años con trastornos del desarrollo o riesgo de padecerlos, especialmente relevante en enfermedades raras de inicio infantil.
- Apoyo a cuidadores familiares, mediante programas de respiro familiar, apoyo psicológico y formación.
- Recursos del tercer sector, especialmente asociaciones de pacientes y federaciones, que desempeñan un papel complementario fundamental en la información, el apoyo mutuo y la defensa de derechos.

5.3. Prestaciones económicas

Las prestaciones económicas constituyen un componente esencial del sistema de protección, contribuyendo a paliar el impacto económico de la enfermedad. Entre las más relevantes se encuentran:

- Prestaciones por dependencia.
- Pensiones no contributivas por invalidez.
- Prestaciones familiares por hijo a cargo con discapacidad.
- Ayudas para la adaptación de la vivienda y productos de apoyo.
- Prestaciones vinculadas a la inserción sociolaboral.

El acceso a estas prestaciones suele implicar procedimientos administrativos complejos, en los que la intervención del trabajador social resulta clave para garantizar la equidad y evitar situaciones de desprotección.

6. EJEMPLO DE PROCESOS DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL EN TRABAJO SOCIAL

La intervención social con personas con enfermedades raras se desarrolla a través de un proceso sistemático, planificado y continuo, orientado a la mejora de la calidad de vida y al ejercicio efectivo de derechos. Este proceso no es lineal, sino dinámico, y se adapta a las distintas fases de la enfermedad y del ciclo vital de la persona y su familia.

El proceso de intervención suele iniciarse a partir de una demanda explícita —solicitud de información, apoyo o acceso a recursos— o implícita, detectada por otros profesionales del ámbito sanitario o educativo. En ambos casos, el trabajador social actúa como facilitador del acceso al sistema de protección social, estableciendo una relación profesional basada en la confianza, la escucha activa y el respeto a la autodeterminación.

La intervención se estructura generalmente en varias fases: valoración social, diagnóstico social, planificación de la intervención, ejecución, seguimiento y

evaluación. Estas fases permiten una comprensión integral de la situación y una respuesta ajustada a las necesidades sociales detectadas, evitando intervenciones fragmentadas o asistencialistas.

6.1. Valoración social

La valoración social constituye una fase esencial del proceso de intervención en Trabajo Social. Se define como el proceso técnico de recogida, análisis y sistematización de información relevante sobre la situación personal, familiar, económica y social de la persona afectada por una enfermedad rara, con el objetivo de identificar necesidades, recursos y factores de riesgo y protección (De Robertis, 2018).

En el ámbito de las enfermedades raras, la valoración social adquiere una especial complejidad debido a la multiplicidad de dimensiones afectadas y a la evolución incierta de muchas patologías. Por ello, debe realizarse desde un enfoque integral, flexible y centrado en la persona.

6.2. Ámbitos de la valoración social

La valoración social abarca, entre otros, los siguientes ámbitos:

- Situación personal y sanitaria, considerando el impacto funcional de la enfermedad, el grado de autonomía y la relación con el sistema sanitario.
- Entorno familiar y red de apoyo, analizando la estructura familiar, el rol de los cuidadores, la sobrecarga y la disponibilidad de apoyos informales.
- Situación económica y laboral, valorando ingresos, gastos derivados de la enfermedad, situación laboral y riesgo de precariedad o exclusión.
- Vivienda y entorno físico, atendiendo a la accesibilidad, adaptaciones necesarias y condiciones de habitabilidad.
- Participación social y comunitaria, incluyendo relaciones sociales, acceso a recursos comunitarios y riesgo de aislamiento.

6.3. Diagnóstico social

El diagnóstico social es el resultado interpretativo de la valoración social y constituye una herramienta clave para orientar la intervención. Se define como la formulación profesional que identifica y explica la situación de necesidad social de la persona, integrando los distintos factores personales, familiares y contextuales que influyen en dicha situación (Consejo General del Trabajo Social, 2020).

A diferencia de una mera descripción de problemas, el diagnóstico social permite establecer relaciones causales, identificar prioridades y fundamentar técnicamente las decisiones de intervención.

En el contexto de las enfermedades raras, el diagnóstico social suele poner de manifiesto situaciones de:

- Vulnerabilidad social asociada a la cronicidad y complejidad de la enfermedad.
- Sobrecarga del cuidador principal.
- Dificultades de conciliación laboral y familiar.
- Riesgo de aislamiento social o exclusión.
- Barreras en el acceso a recursos y prestaciones.

El diagnóstico debe formularse de manera clara, precisa y compartida, siempre que sea posible, con la persona afectada y su familia, favoreciendo su implicación activa en el proceso de intervención.

6.4. Plan de intervención social

El plan de intervención social es el instrumento técnico que concreta las actuaciones a desarrollar a partir del diagnóstico social. Su diseño debe ser personalizado, realista y consensuado, teniendo en cuenta las capacidades, expectativas y prioridades de la persona y su entorno.

Un plan de intervención en enfermedades raras suele incluir objetivos a corto, medio y largo plazo, adaptándose a la evolución de la enfermedad y a los cambios en la situación social.

6.5. Contenidos del plan de intervención

Entre los elementos habituales del plan de intervención se incluyen:

- Objetivos generales y específicos, orientados a la mejora de la autonomía, la calidad de vida y la inclusión social.
- Actuaciones previstas, como la tramitación de prestaciones, la derivación a recursos especializados, el apoyo psicosocial o la mediación con otros sistemas.
- Recursos implicados, tanto del sistema público como del tercer sector.
- Cronograma de actuaciones, con tiempos estimados de ejecución y seguimiento.
- Indicadores de evaluación, que permitan valorar el grado de cumplimiento de los objetivos.

El plan de intervención debe concebirse como un documento vivo, susceptible de revisión y ajuste en función de la evolución de la situación y de los resultados obtenidos.

6.6. Coordinación interprofesional

La coordinación interprofesional constituye un elemento clave en la intervención social con personas con enfermedades raras, dado el carácter multidimensional y complejo de estas patologías. La atención a este colectivo implica la participación simultánea de distintos sistemas —sanitario, social, educativo y laboral— lo que requiere mecanismos eficaces de comunicación, cooperación y corresponsabilidad profesional.

El trabajador social desempeña un papel estratégico como agente de enlace entre los distintos dispositivos, favoreciendo la continuidad de la atención y evitando la fragmentación de las intervenciones. Esta función cobra especial relevancia en contextos donde la persona afectada y su familia deben interactuar con múltiples recursos y profesionales, lo que puede generar desorientación y sobrecarga.

6.7 Ámbitos de coordinación

La coordinación interprofesional se desarrolla principalmente en los siguientes ámbitos:

- Coordinación sociosanitaria, especialmente con atención primaria, servicios hospitalarios y unidades de referencia en enfermedades raras, para garantizar una atención integral y centrada en la persona.
- Coordinación con el sistema educativo, en el caso de menores, para facilitar adaptaciones curriculares, apoyos especializados y la inclusión educativa.
- Coordinación con servicios de empleo y formación, orientada a promover la inserción sociolaboral y la adaptación de puestos de trabajo cuando sea posible.
- Coordinación con el tercer sector, particularmente con asociaciones de pacientes, que ofrecen apoyo emocional, información especializada y espacios de participación comunitaria.

La coordinación efectiva se basa en el reconocimiento mutuo de competencias profesionales, el intercambio de información relevante (respetando la confidencialidad) y la construcción de objetivos compartidos.

6.8. Evaluación de la intervención social

La evaluación es una fase esencial del proceso de intervención social, orientada a valorar la eficacia, eficiencia y pertinencia de las actuaciones desarrolladas. En el ámbito del Trabajo Social, la evaluación permite comprobar el grado de cumplimiento de los objetivos planteados, identificar logros y dificultades, y realizar ajustes en el plan de intervención cuando sea necesario (De Robertis, 2018).

En el caso de las enfermedades raras, la evaluación adquiere un carácter continuo, dado que las necesidades sociales pueden variar a lo largo del tiempo en función de la evolución de la enfermedad y de las circunstancias personales y familiares.

En la intervención social con este colectivo pueden distinguirse distintos tipos de evaluación:

- Evaluación de proceso, centrada en el seguimiento de las actuaciones y la adecuación de los recursos movilizados.
- Evaluación de resultados, orientada a medir el impacto de la intervención en la mejora de la calidad de vida, la autonomía y el acceso a derechos.
- Evaluación participativa, que incorpora la percepción y valoración de la persona afectada y su familia, reforzando su papel activo en el proceso.

Los indicadores de evaluación pueden incluir, entre otros, el acceso efectivo a prestaciones, la reducción de la sobrecarga familiar, la mejora en la participación social o el fortalecimiento de las redes de apoyo.

7. CONCLUSIONES

La intervención social con personas con enfermedades raras requiere un enfoque integral, sostenido y centrado en la persona, que tenga en cuenta no solo las implicaciones sanitarias de la enfermedad, sino también sus profundas repercusiones sociales, familiares y comunitarias. La complejidad y heterogeneidad de estas patologías exigen respuestas coordinadas desde los sistemas de protección social, fundamentadas en un enfoque de derechos y equidad.

El Trabajo Social se configura como una disciplina clave en este ámbito, aportando herramientas técnicas y éticas para la valoración, el diagnóstico y la planificación de intervenciones adaptadas a las necesidades específicas de cada situación. Asimismo, su papel como agente de coordinación interprofesional resulta esencial para garantizar la continuidad de la atención y la optimización de los recursos disponibles.

El marco normativo estatal y autonómico, junto con las estrategias específicas en enfermedades raras, proporciona una base sólida para la intervención social, aunque persisten retos importantes relacionados con la accesibilidad, la equidad territorial y la sostenibilidad de los apoyos. En este contexto, resulta imprescindible

seguir avanzando en el fortalecimiento de los sistemas de protección social y en el reconocimiento del valor del Trabajo Social como pilar fundamental de la atención integral a las personas con enfermedades raras y sus familias.

8. BIBLIOGRAFÍA

Consejo General del Trabajo Social. (2020). *Código deontológico del Trabajo Social*. CGTS.

De Robertis, C. (2018). *Metodología de la intervención social*. Editorial Lumen.

European Commission. (2020). *Rare diseases: A major unmet need*. Publications Office of the European Union.

Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER). (2022). *Informe sobre la situación de las personas con enfermedades raras en España*. FEDER.

García-Ruiz, S., & Roca, J. (2019). Impacto psicosocial de las enfermedades raras en el entorno familiar. *Revista Española de Trabajo Social*, 31(2), 45–62.

Ministerio de Sanidad. (2023). *Estrategia en enfermedades raras del Sistema Nacional de Salud*. Gobierno de España.

Organización de las Naciones Unidas. (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. ONU.

Organización de las Naciones Unidas. (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. ONU.

Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

Ley 3/2021, de 29 de julio, de Servicios Sociales de la Región de Murcia.

CAPÍTULO Nº 8

INTERVENCIÓN SOCIAL EN EL DUELO PERINATAL

EMILIA DE LOS ÁNGELES IGLESIAS ORTUÑO, ELVIRA MEDINA RUIZ Y MARÍA GALLEGO GONZÁLEZ

INTRODUCCIÓN

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo en 1994, constituye un punto de inflexión fundamental en la conceptualización internacional de la población, la salud y el desarrollo, al ser la primera conferencia global que abordó de manera explícita y sistemática el bienestar reproductivo como un eje central del bienestar humano. Hasta ese momento, las políticas de población se habían caracterizado predominantemente por enfoques demográficos orientados al control de la fecundidad y al crecimiento poblacional, relegando a un segundo plano las dimensiones subjetivas, sociales y de derechos asociadas a la reproducción. La CIPD introdujo un cambio paradigmático al situar a las personas y en particular a las mujeres en el centro de las políticas públicas, afirmando que el desarrollo no puede desligarse del respeto a los derechos humanos, la igualdad de género y el acceso universal a servicios integrales de salud sexual y reproductiva. En este marco, el Programa de Acción de la CIPD definió la salud reproductiva como “un estado de bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos” (Naciones Unidas, 1995). Esta definición amplía de forma sustantiva la comprensión del bienestar reproductivo al incorporar no solo dimensiones biomédicas, sino también psicológicas, sociales y relacionales, e implica el reconocimiento del derecho de todas las personas a disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, así como a decidir de manera libre, informada y

responsable si desean procrear, cuándo hacerlo y con qué frecuencia, contando para ello con información adecuada y con servicios de salud accesibles y de calidad.

Las implicaciones de esta formulación para los sistemas de atención a la salud son profundas, ya que exige una transformación de los modelos asistenciales tradicionales hacia enfoques integrales, preventivos y basados en derechos. En el contexto europeo, la CIPD impulsó la progresiva integración de la salud sexual y reproductiva en los sistemas públicos de salud, promoviendo políticas orientadas a la universalidad, la equidad y la atención centrada en la persona a lo largo de todo el ciclo vital. En España, este enfoque se tradujo en el fortalecimiento de los servicios de planificación familiar dentro del Sistema Nacional de Salud, en el reconocimiento normativo de los derechos sexuales y reproductivos y en la incorporación de la perspectiva de género y de autonomía personal en la atención sanitaria. Asimismo, la definición de bienestar reproductivo establecida en El Cairo obligó a los sistemas sanitarios a garantizar no solo la disponibilidad de servicios, sino también su accesibilidad, aceptabilidad, calidad y adecuación cultural, reconociendo la diversidad de experiencias reproductivas y sexuales. En suma, la CIPD de 1994 consolidó una visión del bienestar reproductivo como un componente esencial del bienestar integral y de la ciudadanía sanitaria, con efectos duraderos en la configuración de las políticas y sistemas de salud en Europa y, de manera particular, en España.

Desde la perspectiva del Trabajo Social, esta nueva formulación de la salud sexual y reproductiva resulta coherente con los enfoques contemporáneos de salud mental, que conciben el bienestar subjetivo como una construcción multidimensional determinada por la capacidad de las personas para ejercer control sobre su vida, tomar decisiones informadas, establecer relaciones significativas y desenvolverse en contextos sociales que garanticen apoyo, reconocimiento y ausencia de violencia o discriminación. En este sentido, el bienestar reproductivo promovido por la CIPD puede entenderse como un determinante clave de la salud mental, en tanto que la posibilidad de vivir la sexualidad y la reproducción de forma libre, segura y autónoma contribuye a la

autoestima, la autoeficacia, la estabilidad emocional y el sentido de coherencia vital. Asimismo, la Conferencia puso de relieve la importancia del acceso universal a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, lo que conecta directamente con los planteamientos del Trabajo Social en relación con los determinantes sociales de la salud mental, al subrayar que el bienestar subjetivo no depende únicamente de factores individuales, sino también de condiciones estructurales como la equidad de género, la protección social, la educación y la disponibilidad de recursos comunitarios.

Las nociones actuales de salud mental desde el Trabajo Social enfatizan la prevención, la promoción del bienestar y la intervención psicosocial contextualizada, aspectos que encuentran un claro antecedente en el enfoque de la CIPD, al priorizar políticas públicas orientadas a empoderar a las personas y a reducir las desigualdades que afectan de manera desproporcionada a mujeres, jóvenes y colectivos vulnerables. Además, al reconocer explícitamente los derechos reproductivos como parte inseparable de los derechos humanos, la CIPD aportó un marco ético y político que refuerza el rol del Trabajo Social como disciplina comprometida con la justicia social, la defensa de derechos y el acompañamiento de procesos vitales complejos que inciden en la salud mental, como la maternidad, la paternidad, la infertilidad, la violencia sexual o las decisiones reproductivas.

En consecuencia, la articulación entre bienestar reproductivo, salud mental y bienestar subjetivo permite comprender la intervención social no solo como respuesta a la patología o al malestar, sino como una acción orientada a crear entornos sociales, institucionales y relacionales que favorezcan la autonomía, el bienestar emocional y la capacidad de las personas para desarrollar proyectos de vida satisfactorios, tal como lo anticipó la CIPD de El Cairo y como lo sostienen hoy los enfoques integrales del Trabajo Social contemporáneo.

CONCEPTUALIZACIÓN DEL DUELO PERINATAL

La muerte perinatal se configura como un suceso clínico de elevada trascendencia emocional para las madres que la experimentan, al suponer la interrupción abrupta de un vínculo afectivo y de expectativas asociadas a la maternidad. Este acontecimiento da lugar a un proceso de duelo que, si bien comparte elementos comunes con otros duelos como el sufrimiento emocional, la crisis y desorientación o desorganización inicial y la necesidad de transición y abordaje de la situación, presenta particularidades específicas. Entre ellas se encuentran la escasa legitimación social de la pérdida, la invisibilidad y la escasez de acompañamientos especializados. Estas singularidades requieren ser consideradas en la intervención desde el Trabajo Social.

Muerte Perinatal

Las autoras Pastor-Montero (2022) conceptualizan la muerte perinatal como "las pérdidas ocurridas en cualquier momento de la gestación hasta el primer mes de vida del bebé" (p. 291). En este sentido, con intención diferenciadora, Wojcieszek et *al*. (2016) matizan que "la muerte perinatal incluye bebés no nacidos con una gestación superior a 28 semanas, así como los nacidos de menos de 28 días" (p.1).

Al respecto, puntualizan Wojcieszek et *al*. (2016) que

> A nivel médico, lo que diferencia una pérdida gestacional temprana o aborto de una pérdida gestacional tardía es la viabilidad fetal, es decir, la capacidad de sobrevivir. Hoy en día, en España, la viabilidad fetal se encuentra entre la semana 23-24 de gestación no obstante la ley solamente obliga a registrar las muertes fetales con edades gestacionales de más de 180 días o 25+5 semanas. Por lo tanto, tenemos bebés que van a fallecer intra-útero en edades viables (23-24 semanas que no se cuantificarán como pérdidas perinatales en el registro civil (p.9).

La muerte perinatal contempla dos situaciones que requieren diferenciación, la muerte fetal y la muerte neonatal. Para clarificar la diferenciación de casuísticas en el marco de la muerte perinatal, se ha recurrido a la catalogación que propone la Organización Mundial de la Salud en el documento de Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo publicado en 2017.

Tabla 1

Tipos de muerte perinatal

Denominación	Periodo que recoge
Muerte fetal temprana – precoz	Desde la fecundación hasta menos de 22 semanas de gestación o menos de 499 gramos de peso. Conocida comúnmente como aborto.
Muerte fetal intermedia	Más de 22 semanas y menos de 28 semanas de gestación, o entre 500 y 900 gramos de peso.
Muerte fetal tardía	Más de 28 semanas de gestación o a partir de los 1000 gramos de peso.
Muerte neonatal precoz o temprana	Desde el nacimiento hasta los primeros siete días de vida del neonato.
Muerte neonatal tardía	Desde el séptimo hasta el vigesimoctavo día completo después del nacimiento.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. (OMS, 2017, p.19)

Es importante hacer la diferenciación temporal de la pérdida desde el paradigma clínico ya que las implicaciones para la salud materna y las repercusiones emocionales tienen marcado componente diferenciador.

El Duelo

El duelo es un proceso psicológico, emocional y social que se desencadena tras una pérdida significativa. Presenta en la persona doliente un conjunto de reacciones emocionales, cognitivas y conductuales, en unos casos más profundas que en otros, que tienen como objetivo la reorganización de la persona perdida para la adaptación restablecimiento progresivos de la nueva realidad personal. En

palabras de Meza et *al*. (2008, p. 28) “el duelo es la reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto o evento significativo […] incluye componentes psicológicos, físicos y sociales, con una intensidad y duración proporcionales a la dimensión y significado de la pérdida”. Esta definición indica que un duelo puede desencadenarse por una pérdida, no solo personal, sino física, de expectativas o existencial. Muchas son las situaciones ante las que la persona se enfrenta a procesos de duelo, situaciones relacionadas con procesos de pérdida, cambio, cese, o crisis, en todas ellas se produce desorden en el contexto de desarrollo de la persona, por lo que aparece una necesidad de afrontamiento y adaptación. Así, clarifican Meza et *al.* (2008, p. 28) que “entre los diferentes procesos de duelo que tienen que enfrentarse, el más doloroso se refiere a la finitud de nuestra vida y la de los seres queridos”.

El duelo suele presentarse como un proceso que consta de diferentes estadios por los que transita la persona, cada uno con unas características y retos para la persona. Se contempla una transición por las etapas del duelo para conseguir el afrontamiento y superación. En este sentido, apunta Cabodevilla (2007) “para el completo restablecimiento de una pérdida, el deudo atravesará una serie de etapas o fases fundamentales: aceptación, expresión emocional, adaptación al medio y reubicación emocional de la persona perdida” (p. 163).

La literatura de referencia coincide en la consideración el duelo como un proceso articulado en etapas o fases que podrían agruparse en tres grandes momentos con hitos particulares que permiten la transición de la persona que sufre la pérdida de la crisis inicial a un restablecimiento o reubicación emocional.

Tabla 2

Las etapas del Duelo

ETAPA	Primera Etapa	Etapa Central	Etapa Final
Manifestación	*Crisis.*	*Núcleo del duelo.* Estado depresivo.	*Restablecimiento*.

	Estado de choque intenso, alteración en el afecto, sensibilidad anestesiada e intelecto paralizado. Alteraciones fisiológicas con irregularidades en ritmo cardíaco, náuseas y temblores.	La imagen de la persona perdida ocupa por completo la mente del doliente.	El sujeto mir hacia el futuro, se plantean nuevos objetivos.
Reacción	Rechazo, incredulidad y negación con manifestaciones de tranquilidad o exaltación. Se activa un bloqueo de las facultades de información.	Alternan momentos de recuerdo doloroso con la paulatina reorganización de la vida externa. Se añoran los detalles cotidianos compartidos. Existe una depresión que la aísla del entorno. Se experimenta soledad social y emocional.	Se desarrollan nuevas relaciones sociales. Se produce una separación de objetos personales de la persona perdida. El estado depresivo se disipa, se reducen el dolor y la pena y se va sintiendo alivio.
Duración	Corta duración. Desde el anuncio hasta el término del proceso de velado.	Mayor duración. Varios meses, incluso años.	Media duración. *RESOLUCIÓN.*

Fuente: Meza et *al.* (2008, p. 29-30)

El carácter procesal del proceso de duelo puede sugerir un tránsito de alguna forma natural y progresivo a través de las etapas, pero ese tránsito debe ser propiciado por la voluntad y la posibilidad de la persona doliente. Muchas son las situaciones en las que el proceso de duelo no se desarrolla como cabría esperar y su duración o las reacciones esperables no cumplen con las expectativas de la

propia persona que lo transita o del contexto en el que se desarrolla. Al respecto, indica López (2011)

> "La duración y la expresión de un duelo "normal" varían considerablemente entre los diferentes grupos culturales. Desde una perspectiva más amplia se puede definir al duelo como una reacción y adaptación psicológica ante la pérdida de algo apreciado, vinculado al individuo: personas, objetos, mascotas, ilusiones, proyectos, etc. Es una experiencia única que cada persona afrontará con su propio estilo y recursos. Se asienta sobre una personalidad previa y se produce en unas circunstancias determinadas, y en un encuadre social concreto que condicionan el proceso y trabajo de duelo posterior" (p. 55)

Alteraciones en los procesos de duelo, generalmente relacionadas con los procesos cognitivos y emocionales de gestión, pueden dar lugar a situaciones de duelo patológico o duelo crónico. El duelo patológico es definido por Meza et al (2008, p. 30) como un duelo "no resuelto, complicado o crónico y consiste en la intensificación del duelo al nivel en que la persona está desbordada, recurre a conductas desadaptativas o permanece en ese estado sin avanzar en el proceso de duelo hacia su resolución". El duelo crónico es definido por Meza et al (2008, p. 30) como "el que tiene una duración excesiva y nunca llega a una conclusión satisfactoria en el que la persona se estructura existencialmente en torno al duelo".

Duelo Perinatal

Para definir el Duelo Perinatal partiremos de la aportación de Aguirre et *al.* (2021) que lo define como "el que acontece cuando el marco de la vida de la persona doliente es la etapa perinatal, la que rodea al momento del nacimiento, embarazo, parto y posparto" (p. 17). Este duelo, estructurado en etapas, provoca una serie de manifestaciones en la persona que lo vivencia, con especial acusación en las madres, que deben ser identificadas para poder ser atendidas. Al respecto, detalla López (2011) que pueden identificarse:

> Manifestaciones físicas como alteraciones en el apetito, palpitaciones o cefaleas; manifestaciones emocionales como aturdimiento, soledad,

> tristeza o añoranza; manifestaciones conductuales como tendencia al aislamiento o evitación, mente ausente o tendencia a conductas adictivas; manifestaciones psicológicas como negación, alteraciones de la memoria o confusión; y manifestaciones espirituales como búsqueda de sentido, conciencia de la mortalidad o replanteamiento de creencias (p. 56)

Las diversas manifestaciones del duelo Perinatal se pueden clasificar según su naturaleza y las expresiones que acompañan.

Tabla 3

Manifestaciones del duelo perinatal

Manifestaciones	Expresiones
Emocional	Se presenta estado de shock, vacío interior, rabia, fracaso, tristeza, confusión, reproche, incredulidad, despersonalización". A nivel cognitivo, manifestaciones como ideas intrusivas, fantasías sobre el feto, movimientos fetales fantasma, alucinaciones auditivas o visuales, amnesia disociativa, conciencia situacional disminuida y dificultades de concentración y toma de decisiones. Dificultad para dormir, pesadillas, apetito escaso, aislamiento social, abuso de sustancias, evitación de situaciones sanitarias o mujeres embarazadas y funcionamiento social y laboral limitado (López, 2011, pp. 56 - 58).
Fisiológico	Alvarado (2003), las madres vivencian "sensación de ahogo, hiperventilación, respiración entrecortada, debilidad muscular, palpitaciones y pérdida de peso" (p.308)
Social	según López e Iriondo (2018) presentan aislamiento social, evitación de mujeres embarazadas y niños, resentimiento, incapacidad para regresar a las actividades de la vida cotidiana y conflictos de pareja (p. 10).
Espiritual	las madres en duelo "suelen replantear sus creencias religiosas y buscan un sentido a la pérdida" (López, 2011, p.56)

Fuente: Elaboración propia a partir de Alvarado, 2003, López (2011) y López e Iriondo (2018).

Estas manifestaciones del duelo Perinatal son identificables de manera objetiva pero su impacto o expresión tiene un gran componente de subjetividad. Explica Cabodevilla (2007, p. 168), que “todas las manifestaciones deben ser matizadas por el hecho de que la expresión del duelo no es universal, ni uniforme; contiene diversos matices, expresiones y ritos que fluctúan desde variables socioculturales”. Además de la variabilidad de contextos y situaciones que modulan las manifestaciones biopsicosociales vivenciadas en un duelo Perinatal, también se producen modulaciones de éstas según la etapa del proceso de duelo.

La literatura consultada confirma que el duelo perinatal, como otros procesos de duelo, se estructura en etapas o fases. Las aportaciones más relevantes plantean puntos coincidentes de un proceso que inicia con una primera fase de respuesta de afrontamiento muy desorganizada, después se elabora una función adaptativa para asimilar la realidad; para más tarde, poder dar respuestas de afrontamiento.

Tabla 4

Fases del duelo perinatal

Autor	Fases
Davidson (1984)	1.Shock y entumecimiento (Numbness). Incredulidad, aturdimiento y desconexión emocional. Aún no se cree la realidad de la pérdida. 2.Búsqueda y anhelo. Pensamientos persistentes sobre lo que pudo haber sido e intento de encontrar un significado. 3.Depresión. Su identidad como madre y su persona se ha desestabilizado. Abatimiento, llanto intenso, alteraciones del sueño, pérdida de interés relacional y dificultades de concentración. 4.Alivio progresivo (Almost Over). No se trata de olvido sino de reintegración de la realidad de la pérdida dentro de la vida de la persona. Reconexión gradual con el entorno.
Alvarado (2003)	1. Choque y obnubilación. Caracterizado por resistencia a estímulos, disfunción en las labores del día a día, así como explosiones emocionales por incapacidad de autocontrol; dura de uno a cuatro meses. 2. Búsqueda y deseos. Ira, culpa y preguntas existenciales; dura de tres a seis meses. 3. Desorientación y desorganización. Empeoramiento del estado de salud, depresión cíclica; dura de seis a dieciocho meses. 4. Reorganización. Liberación emocional, mejora de juicios, hábitos de sueño y alimentación; dura de dieciocho a treinta y seis meses.
Sociedad española de Ginecología (2021)	1. Shock emocional y negación del hecho. 2. Búsqueda del por qué. Justificación y búsqueda de culpabilidad en uno mismo o en los profesionales. 3. ¿Y ahora qué? Desorientación, tristeza y dificultad para gestionar la situación. 4.Aceptación. Aceptar la pérdida.

Fuente: Elaboración propia a partir de Davidson (1984), Alvarado (2003) y Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (2021).

El duelo Perinatal comienza con una fase de negación o shock inicial, y concluye con una fase de aceptación y reorganización de la pérdida. Cabe destacar que, según Davidson (1984) la última etapa presenta una importante duración, alrededor de los tres años, periodo en el que se produce una aceptación y reorganización de la figura de la persona perdida en el marco contextual de la

persona doliente. Añade González (2006, p. 12) que cada madre seguirá su proceso, por ello hay que partir de "dos principios en el duelo: la asincronía; cada persona lleva su propio ritmo y la atemporalidad; cada cual tiene sus propios tiempos".

NORMATIVA DE REFERENCIA

Para poder abordar la perdida gestacional desde el plano normativo y legislativo que regula esta materia, a continuación, se recogerá toda aquella normativa específica en España relacionada con la misma.

Tabla 5

Normativa de referencia en España con relación a la muerte gestacional.

Documento	Referencia
Constitución Española	Artículo 43 "Se reconoce el derecho a la protección de la salud.
Ley 41/ 2002, 14 de noviembre reguladora de la autonomía del paciente y obligaciones en materia de información y documentación clínica	Artículo 2 "Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente."
	Artículo 4 "Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvo los supuestos exceptuados por la Ley."
Ley 20/2011 de 21 de julio del Registro Civil	"Todos los recién nacidos con vida deben ser inscritos en el Registro Civil" Se pueden inscribir a los bebés de más de 180 días de gestación que nacen sin vida con su nombre en las Anotaciones Registrales, así como el derecho de incineración o enterramiento.

Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo	Artículo 7 "Los servicios públicos de salud deben garantizar la atención perinatal centrada en la familia y en el desarrollo saludable". Esta disposición asegura que, durante el embarazo, el parto y el puerperio, las mujeres y sus familias reciban una atención integral y de calidad, considerando no solo los aspectos médicos, sino también el apoyo emocional y social necesario
Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural.	Artículo 26.7 Establece que el subsidio por paternidad no se reconoce si el hijo muere antes del nacimiento. Artículo 37: Se refiere a la incapacidad temporal y al riesgo durante el embarazo, mencionando las condiciones para el reconocimiento del subsidio. Este real decreto contempla el subsidio para la madre, independientemente de si el hijo ha adquirido personalidad jurídica, pero el padre no lo recibe si el hijo muere antes del nacimiento, tal como indica el artículo 26.7
Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud	Artículo 12 Delimita la cartera de servicios del Trabajo Social Sanitario. Este artículo establece los servicios y prestaciones que deben ser garantizados a los ciudadanos en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, incluyendo el trabajo social sanitario como parte de la asistencia sanitaria integral.
Instrucción de 31 de julio de 2023, de la Dirección General de Seguridad Jurídica y Fe Pública, sobre la disposición adicional cuarta de la Ley	Segunda directriz: "Cuando se produzca el fallecimiento con posterioridad a los seis primeros meses de gestación, antes del nacimiento, se creará un expediente que contendrá la declaración firmada por el declarante y al menos, por dos facultativos, con indicación, en su caso, del nombre a imponer al nacido sin vida." Tercera directriz:

20/2011, de 21 de julio, del Registro Civil.	"A solicitud de cualquiera de los progenitores se expedirá una certificación en la que constarán los datos del alumbramiento, así como el nombre, en su caso, del hijo o hija no nacidos" Esta medida es aplicable tanto a padres que han tenido una pérdida anteriormente o padres que desde la fecha en vigor de la instrucción les ha ocurrido, en un plazo no menos de dos años, para tramitarlo. Anteriormente, según la ley 20/2011 de 21 de julio, se registraban en el legajo de criaturas abortivas.

Fuente: Elaboración Propia
Nota: A partir de las leyes citadas en la tabla, se han destacado los artículos que recogen la normativa vigente en salud reproductiva y sexual respectivo a la muerte gestacional.

A demás de la regulación normativa, cabe señalar otras guías o recomendaciones a nivel mundial que orienten las políticas y prácticas en los sistemas de salud de los países miembro, entre ellos, España. La Organización Mundial de la Salud (2016) establece directrices y recomendaciones que giran en torno a la atención prenatal sistémica a todas las mujeres durante el embarazo, especificando que actuaciones deben de llevarse a cabo de manera específica en la atención al embarazo. Se resalta la muerte fetal tardía, indicando el aumento de estas, estableciendo la necesidad de:

> Aumentar las visitas entre profesionales de la salud y la madre almeno en ocho visitas con el fin de fijar contactos adicionales en determinados momentos que pueden facilitar la evaluación del bienestar y la realización de intervenciones para detectar problemas y mejorar los resultados (p.2)

Esta atención está alineada con el Objetivo de Desarrollo Sostenible número 3 "Salud y Bienestar", que tiene entre sus metas, reducir la tasa mundial de mortalidad materna y perinatal, así como garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva (Naciones Unidas, 2023).

La actuación profesional interdisciplinar para el duelo perinatal comenzará en el entorno sanitario y deberá coordinarse para aplicar funciones específicas que conduzcan a objetivos de acompañamiento, cuidado de la salud física y mental, control de las respuestas emocionales y, en su caso, derivación a recursos específicos. Ante esto "es preciso disponer de protocolos de actuación en Atención Primaria y Especializada para cubrir las necesidades físicas, emocionales, espirituales y administrativas de las familias afectadas por una muerte perinatal" (González et. *al.,* 2013, p. 116)

En España, atendiendo a la guía de atención al duelo perinatal elaborado por la Consejería de Salud del Principado de Asturias, (2022, p. 9), queda patente que "un tercio de las mujeres tuvo una percepción negativa de la interacción con el personal sanitario". Se añade en el documento (Consejería de Salud del Principado de Asturias, 2022):

> Al respecto de la calidad de la atención y el apoyo en el duelo es baja, particularmente en lo que respecta a la provisión de información, por lo que se puede concluir que una gran parte del personal sanitario (y los sistemas de gestión) no está preparado o formado para atender adecuadamente a las mujeres que sufren una muerte súbita intrauterina, ocasionando efectos negativos sobre el proceso de duelo al desautorizar la identidad de las madres, padres y del bebé; además de restarle significado a la muerte (p.9).

Así pues, los objetivos que debe marcarse el acompañamiento del duelo desde la actuación profesional deben girar en torno a las siguientes propuestas planteadas por Cobo-Medina (2001), Gómez-Sancho (2004) y Meza et *al.* (2008): Mejorar la calidad de vida de la persona; reducir el aislamiento; desarrollar y mejorar autoestima; control y reducción de procesos de estrés; desarrollo y cuidado de la salud mental.

Protocolos y Guías Técnicas de Intervención

El duelo perinatal se reconoce como una pérdida significativa que debe ser visibilizada y validada social e institucionalmente para evitar que sea invisibilizado y su posible cronificación. En este marco, se destaca la importancia de la detección precoz de factores de riesgo y de la intervención temprana, así como la necesidad de diferenciar el duelo normal del duelo complicado, evitando la medicalización de procesos adaptativos normales. El duelo requiere, por tanto, un abordaje integral que supere la visión exclusivamente clínica y contemple las dimensiones sociales, relacionales y contextuales del sufrimiento. Esta perspectiva se alinea con el Trabajo Social, entendido como una disciplina que "promueve el cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la liberación de las personas" (Consejo General del Trabajo Social, 2012, p. 5), y que "sitúa su intervención en los problemas sociales que inciden en la salud" (Colom, 2010, p. 23). Asimismo, el Trabajo Social actúa desde un enfoque ético y de derechos, al basarse en "los principios de la justicia social, los derechos humanos y el respeto a la diversidad" (Consejo General del Trabajo Social, 2012, p. 9), lo que refuerza la necesidad de coordinación entre niveles asistenciales, el fortalecimiento de redes de apoyo y un acompañamiento continuado con evaluaciones en momentos clave del proceso.

Dentro del ámbito geográfico de la Región de Murcia, podemos encontrar el *Programa Integral de Atención a la Mujer* (Conserjería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia, 2012), de ahora en adelante PIAM; el cual aborda aspectos relacionados con la salud y el bienestar de las madres y los recién nacidos, especialmente durante el embarazo, parto y puerperio, que se trata como un cuarto subprograma dentro de esta guía. El PIAM (2012) tiene como objetivo general:

> Establecer un marco de actuación de la asistencia sanitaria en la Región de Murcia en algunos de los procesos básicos de la vida de la mujer para mejorar su calidad de vida, considerando lo normal, realizando una detección precoz de lo patológico y proporcionando herramientas para una

> intervención efectiva desde un enfoque integral que englobe los aspectos biopsicosociales y terapéuticos. (p.18)

En casos de pérdida perinatal, se reconoce la necesidad de prestar atención específica (Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia, 2012, p.151) así "como observar el estado emocional de la madre y facilitar la comunicación de sus emociones", aunque no se proporciona una guía específica sobre el manejo del duelo perinatal en sí.

Para recoger una intervención específica en materia de pérdidas gestacionales en el ámbito de la salud en la Región de Murcia, se encuentra presente la *Guía de actuación y acompañamiento en la muerte gestacional tardía* (Soto et. *al*., 2018). Menciona la actualización sobre los derechos legales asociados a la perdida gestacional por parte del personal sanitario (Soto et *al.,* 2018, p.15), establece un informe de cuidados tras del alta hospitalaria consolidado (Soto et *al.,* 2018, p.27), subrayando la importancia del apoyo en atención primaria y ofrece opciones como donación de leche si la madre no quiere suprimir farmacológicamente la lactogénesis (Soto et *al.,* 2018, p.26).

La literatura institucional y científica más actual muestra consenso en torno a la necesidad de una intervención en duelo perinatal desde un enfoque psicosocial, preventivo, en el que el Trabajo Social desempeña un papel central como disciplina articuladora del acompañamiento, la valoración social y la coordinación de recursos.

Tabla 6

Ámbitos y Funciones específicas de TS en Duelo Perinatal

Ámbitos de intervención del Trabajo Social	**Funciones específicas del Trabajo Social en duelo perinatal**
Reconocimiento y legitimación del duelo	Reconocer y legitimar el duelo; validar el sufrimiento; favorecer el reconocimiento simbólico y social de la pérdida; sensibilizar a los equipos y a la institución.

Valoración social integral	Realizar valoración social integral; detectar factores de vulnerabilidad social; identificar redes de apoyo; elaborar diagnóstico social.
Prevención del duelo complicado	Diseñar planes de intervención preventiva; realizar seguimiento social; intervenir antes de la aparición de sintomatología grave.
Acompañamiento psicosocial	Acompañar emocionalmente desde una perspectiva no clínica; respetar ritmos y significados; sostener el proceso adaptativo sin medicalización.
Trabajo interdisciplinar y en red	Participar en equipos interdisciplinares; coordinar actuaciones; actuar como referente social del caso; garantizar continuidad asistencial.
Activación de redes y recursos	Activar redes de apoyo; derivar y acompañar a recursos comunitarios y grupos de ayuda mutua; fortalecer apoyos informales.
Perspectiva de derechos y equidad	Defender derechos sociales, sanitarios y laborales; intervenir ante situaciones de desigualdad; garantizar acceso equitativo a recursos.
Seguimiento y cierre del proceso	Realizar seguimiento social periódico; reevaluar la situación; detectar señales de alarma; facilitar cierres no abruptos del acompañamiento.

Fuente: Elaboración propia a partir de Grupo de trabajo sobre atención a situaciones del duelo PISMA (2011), Melendo y Escuriet (2024) y Comisionado de Salud Mental (2025).

La intervención propuesta desde las iniciativas más recientes plantea una intervención que debe iniciar por un proceso de valoración y diagnóstico integral y personal que detecte las principales necesidades individuales y problematice su afectación en el desarrollo individual y social de la madre en proceso de pérdida perinatal para, posteriormente, realizar una planificación y programación con finalidades concretas de abordaje emocional del proceso, generación de redes de apoyo, gestión y acceso de recursos psicosociales, visualización social de la problemática y seguimiento y acompañamiento profesional en la última etapa de adaptación. Estas actuaciones, si bien se plantean de una forma generalista, requerirán de una flexibilidad y apertura propias de la profesión que permitirán la adaptabilidad a cada caso en particular.

Orientaciones profesionales: Recursos Psicosociales del duelo perinatal

La atención al duelo perinatal desde la profesión del Trabajo Social requiere una orientación activa hacia recursos psicosociales, dado que estas pérdidas generan impactos emocionales, sociales y familiares complejos. La intervención del trabajador social no solo implica escucha y acompañamiento, sino también la aplicación de estrategias que faciliten el acceso a apoyos adecuados para la familia en duelo. El Código Deontológico profesional reconoce que el trabajador social debe referir la atención de un usuario "en la manera que resulte más favorable […] asegurando la continuidad de la intervención" cuando corresponda (Consejo General del Trabajo Social, Art. 20). Además, el propio código establece que el profesional debe proporcionar "la información […] sobre recursos y programas relevantes" para abordar las necesidades de las personas (Consejo General del Trabajo Social, Art. 18). Estas funciones de acompañamiento y derivación refuerzan el rol del Trabajo Social como puente entre las familias y los recursos psicosociales disponibles, garantizando un enfoque integral, centrado en la dignidad y el bienestar de las personas que afrontan una pérdida perinatal.

Grupos de Ayuda Mutua

El duelo perinatal requiere de un abordaje integral para ofrecer diversidad de recursos en el ámbito hospitalario a los que la madre, tras la pérdida pueda acceder. Entre ellos, cabe destacar los Grupos de Ayuda Mutua (GAM).

Los Grupos de Ayuda Mutua son un elemento de conexión entre el sistema formal garante del Bienestar Social y la comunidad, con un marcado elemento de voluntariedad y autogestión. Explica Roca (1998, p. 252) que los GAM "son una muestra de participación comunitaria que aparece como respuesta a un vacío no cubierto por los servicios profesionales". Este escenario de vacío es ciertamente lo que se ha descrito anteriormente, dado el poco reconocimiento específico del duelo perinatal más allá de las primeras etapas en sede hospitalaria, los protocolos son reducidos y vagamente están planteadas las actuaciones profesionales a ejecutar, especialmente en espacios sociosanitarios. Por ello, de manera paralela a la construcción de una estrategia profesional de abordaje para

el duelo perinatal, se debe considerar esta fórmula de abordaje como la más beneficiosa para las madres en proceso de duelo perinatal.

Los GAM, explica Roca (1998, p. 252) “están formados por personas con una misma enfermedad o una misma situación conflictiva, que se proponen combatir y aprender a superar el problema con el cual se están enfrentando a fin de conseguir mejoras personales y colectivas”. Añaden Santos et. *al* (2015) los GAM otorgan herramientas y sirven de ayuda entre padres y madres fomentando “el sentido de pertenencia entre iguales que ayudará a reconstruir su identidad y generará la esperanza de que la normalidad pueda lograrse” (p. 241). A lo que añade Ruiz (2020, p. 33) que “resulta fundamental la intervención desde el Trabajo Social para fortalecer las redes sociales e incrementar la capacidad de respuesta de las personas en su organización, y superar las condiciones de vulnerabilidad”. Si se genera un entorno entre iguales, el contacto y las alianzas grupales puede ser extendido a lo largo del tiempo, y, por ende, en todo el ciclo del duelo las personas se van a sentir apoyadas.

Explica Roca (1998, p. 261) que “los profesionales de los Servicios Sociales y de Salud pueden tener un rol activo y de apoyo para los GAM”. Específicamente

> El profesional de Trabajo Social ha de ser muy respetuoso con los GAM y no ha de interferir en su libre desarrollo. Ha de actuar como facilitador, es decir, como la persona que ayudará al iniciador del grupo o al grupo si ya está iniciado para que el GAM pueda alcanzar sus objetivos (facilitar el lugar de reunión, el transporte, la conciliación), pero ha de mantenerse al margen (p. 261)

Ante esto, es esencial considerar al formar y dirigir un grupo como agente facilitador que, además, ejecutará funciones como asesoramiento, derivación a recursos sociales y/o económicos y favoreciendo el trabajo en red. Funciones a las que añade Ruiz (2020, p. 39) “servir de enlace para generar vínculos y alianzas, fomentando una metodología participativa que empodere a las madres que acuden en duelo al grupo”.

Entidades Sociales

A nivel estatal destaca *Umamanita*, pionera en España y sin ánimo de lucro cuyo fin es proporcionar información a las familias que están sufriendo la muerte de un bebé y reivindican a través de sus actuaciones la humanización de la atención sanitaria recibida, la reivindicación de los derechos respecto a este tema, logrando modificar la Ley del Registro Civil para que cualquier bebé, independientemente si haya nacido con posterioridad de los seis primeros meses de gestación o antes del nacimiento, se le pueda otorgar un nombre por parte de sus progenitores.

En 2013, en Santander, se creó la *Red el Hueco de mi Vientre*, se trata de una red solidaria de apoyo a familias que pasan por una pérdida gestacional, con el objetivo de ofrecer profesionales que atiendan a estas familias y promover a través de la lucha y la reivindicación una atención sanitaria integral y humanizada; está formada por matronas, psicólogas y familias. Aboga por la creación de grupos de apoyo entre progenitores junto con el trabajo de un equipo multidisciplinar; actualmente también se encuentra en la Región de Murcia.

BIBLIOGRAFÍA

Aguirre Unceta-Barrenechea, A.; Arriba Olivenza, T-; Carrera Caballero, I.; García Esturo, L.; Romero Romero, I. y Sesma Pardo, E. (2021). *Guía de atención al duelo perinatal.* Organización Sanitaria Integrada Osakidetza.

Alvarado García, R. (2003). Muerte perinatal y el proceso de duelo. *Acta Pediátrica de México*, 24(5), 304-311 http://repositorio.pediatria.gob.mx:8180/handle/20.500.12103/1381

Cabodevilla Eraso, I. (2007). Las pérdidas y sus duelos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30, 163-176

Cobo-Medina C. (2001). *Ars Moriendi*. *Vivir hasta el final*. Díaz de Santos.

Comisionado de Salud Mental (2025). *Plan de acción de salud mental.* Ministerio de Sanidad.

Consejería de Salud del Principado de Asturias. Dirección General de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria. (2022). *Guía de Atención al Duelo Gestacional y Perinatal.* Goymar.

Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia. (2012). *Programa Integral de Atención a la Mujer (PIAM)*. Servicio Murciano de Salud.

Consejo General del Trabajo Social. (2012). *Código Deontológico del Trabajo Social*. https://www.cgtrabajosocial.es/

Colom Masfret, D. (2008). *El trabajo social sanitario: Atención primaria y atención especializada, teoría y práctica*. Consejo General de Colegios de Diplomados en Trabajo Social y Siglo XXI de España Editores

Davidson, G.W. (1984). *Undersandin Mourning*. Minneapolis

Gómez-Sancho M. La pérdida de un ser querido, el duelo y el luto. Madrid: Arán Ediciones, 2004.

González Calvo, V. (2006). Trabajo social familiar e intervención en procesos de duelo con familias. *Acciones e Investigaciones Sociales*, Extra-1, 451. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2002448

González Castroagudín, S.; Suárez López, I.; Polanco Teijo, F.; Ledo Marra, M. J. y Rodríguez Vidal, E. (2013). Papel de la matrona en el manejo del duelo perinatal y neonatal. *Cuadernos de Atención Primaria,* 19(2), 113 - 117. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4205741

Grupo de trabajo sobre atención a situaciones de duelo PISMA Servicio Andaluz de Salud (2011). *Guía para profesionales de la salud ante situaciones de duelo.* Escuela Andaluza de Salud Pública.

Instrucción de 31 de julio de 2023, de la Dirección General de Seguridad Jurídica y Fe Pública, sobre la disposición adicional cuarta de la Ley 20/2011, de 21 de julio, del Registro Civil. Boletín Oficial del Estado, 181, de 31 de julio de 2023, 130854-130856. https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2023-18146

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado*, 128, de 29 de mayo de 2003, 20567-20588. https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-10715

Ley 20/2011, de 21 de julio, del Registro Civil. *Boletín Oficial del Estado,* 175, de 22 de julio de 2011, 81418-81467. https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2011-12628

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado*, 274, de 15 de noviembre de 2002, 40126-40132. https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2002-22188

Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. *Boletín Oficial del Estado,* 55, de 4 de marzo de 2010, 21018-21028. https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2010-3514

López Fuentetaja, A. M., y Iriondo Villaverde, O. (2018). Sentir y pensar el duelo perinatal: Acompañamiento emocional de un grupo de padres. *Revista Clínica Contemporánea*, 9(3) e25, 1-24. https://doi.org/10.5093/cc2018a21

López García de Madinabeitia, A. P. (2011). Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio. Revista Asociación española de neuropsiquiatría, 31(109), 53-70

Melendo Azuela, E.M. y Escuriet Peiro, R. (2024). *Guia D´atenció al dol perinatal i la mort neonatal.* Departament de Salud Generalitat de Catalunya.

Meza Dávalos, E.; García, S.; Torres Gómez, A.; Castillo, L.; Sauri Suárez, S.; Martínez Silva, B. (2008). El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de

las pérdidas emocionales. *Revista de especialidades Médico-Quirúrgicas*, 13(1), 28-31

Naciones Unidas. (2023). Salud y bienestar: Objetivo 3. https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Para que cada bebé cuente: Auditoría y examen de las muertes prenatales y neonatales.* Organización Mundial de la Salud. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/258931/9789243511221-spa.pdf?sequence=1

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo*. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/es/

Pastor-Montero, S. (2022). Duelo perinatal: hacia la visibilidad del cuidado. *Enfermería clínica,* 32, 291-293.

Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural. Boletín Oficial del Estado, 62, de 13 de marzo de 2009, 25397-25416. https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2009-4724

Roca Soriano, F. (1998). Los “desconocidos” grupos de ayuda mutua. *Cuadernos de Trabajo Social,* (11), 251-263

Ruiz Mosquera, A. C. (2020). El duelo desde el Trabajo Social: Experiencia de intervención social con grupos. *Documentos de Trabajo Social*, 63, 29-42. https://www.trabajosocialmalaga.org/wp-content/uploads/2021/05/DTS_63_2.pdf

Santos Redondo, P., Yáñez Otero, A., y Al-Adib Mendiri, M. (2015). *Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad*. Servicio Extremeño de Salud, Consejería de Salud y Política Sociosanitaria.

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2021). *Guía de asistencia práctica en la muerte perinatal.* Progresos de Obstetricia y Ginecología, 64, 124-154. https://sego.es/documentos/progresos/v64-2021/n3/04-Guia_de_asistencia_en_la_muerte_perinatal.pdf

Soto Herrero, V.; Rodríguez Portilla, N. E.; Martínez Rojo, C.; Rubio Alacid, S.; y Martínez Román, C. (2016). *Guía de actuación y acompañamiento en la muerte gestacional tardía*. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

Wojcieszek, A.M.; Reinebrant, H. E.; HopkinsLeisher, S.; Allanson, E.; Coory, M.; Jaap Erwich, J.; Froen, J.F.; Gardosi, J.; Gordijn, S.; Gulmezoglu, M.; Heazell, A. E. P.; Korteweg, F.; McClure, E.; Pattinson, R.; Silver R.M.; Smith, G.; Teoh, Z.; TUncalp, O. y Flenady, V. (2016). Characteristics of a global classification system for perinatal deaths: a Delphi consensus study. *BioMedicalCentral Pregnancy and Childbirth*, 16(223), 1-11. DOI 10.1186/s12884-016-0993-x

CAPÍTULO Nº 9

INTERVENCIÓN SOCIAL DESDE JUSTICIA, PENITENCIARIA Y MEDIACIÓN. MENORES INFRACTORES

ISABEL ORIVE PALACIOS

INTRODUCCIÓN

El trabajo social en el ámbito de justicia es uno de los principales campos de intervención del trabajo social y constituye uno de sus pilares fundamentales, tan importantes como otros ámbitos de actuación.

Los trabajadores sociales ya eran asesores de los tribunales menores en España en 1931, (Palacios, 1988). Este año se constituyó el Consejo Superior de Protección de menores, creando cuatro secciones, una de ellas la de asistencia social, que se mantuvo después de la Guerra Civil.

Fue a partir de la democracia, cuando los trabajadores sociales empezaron a intervenir en otro tipo de asuntos.

En 1979, con la aprobación de la Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General de Penitenciaria, en su artículo 75 ya propuso la creación de una comisión de Asistencia Social en la que se encontraban los trabajadores y trabajadoras sociales.

El 07 de julio de 1981 se aprobó la Ley de Divorcio en España, creándose entonces los primeros equipos para asesorar los Juzgados de Primera Instancia con competencia en procedimientos de familia. Los equipos estaban compuestos por psicólogo y asistente social, (Ruiz. 2013).

Fue en el año 1987 cuando el Ministerio de Justicia convoca las primeras oposiciones libres para profesionales del Trabajo Social.

Según Ruiz, (2013) el trabajo social, en la actualidad, actúa en la administración de Justicia como perito, interviniendo en los procesos judiciales tanto de manera individual como de equipo. Refiere que este profesional, interviene potencialmente en el juzgado mediante el dictamen pericial.

Continuando con la intervención del trabajador social en Justicia, el Código Civil, en su artículo 92.9 plasma la enorme importancia de este ámbito, indicando:

> El Juez, antes de adoptar alguna de las decisiones a que se refieren los apartados anteriores, de oficio o a instancia de parte, del Fiscal o miembros del Equipo Técnico Judicial, o del propio menor, podrá recabar dictamen de especialistas debidamente cualificados, relativo a la idoneidad del modo de ejercicio de la patria potestad y del régimen de custodia de las personas menores de edad para asegurar su interés superior, (Real Decreto de 24 de julio de 1989 por el que se publica el Código Civil, art.92).

En la Ley de enjuiciamiento Civil, en su artículo 335, se regula el objeto y finalidad del dictamen de peritos, indicando que:

> Cuando sean necesarios conocimientos científicos, artísticos, técnicos o prácticos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto o adquirir certeza sobre ellos, las partes podrán aportar al proceso el dictamen de perito que posean los conocimientos correspondientes o solicitar, en los casos previstos en esta ley, que se emita dictamen por perito designado por el tribunal, (Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, art.335).

Continuando en el ámbito penal, en Real Decreto de 14 de septiembre de 1882 por el que se aprueba la Ley de Enjuiciamiento Criminal, (LECRIM) en su Título V, dedica un capítulo a regular el Informe Pericial.

El presente capítulo tiene como finalidad realizar un análisis exhaustivo del marco teórico, normativo y práctico del trabajo social en el ámbito de Justicia, atendiendo a los distintos espacios de intervención que lo conforman. Para ello, se examinará el marco legislativo vigente que regula la actuación profesional, poniendo especial énfasis en los diferentes roles y funciones que desempeña el trabajo social en el sistema de Justicia. Así mismo, se describirá el proceso metodológico de la

intervención profesional, con el objetivo ofrecer una visión integral que permita comprender la especificidad y complejidad de la práctica del trabajo social en este ámbito.

La importancia de este análisis radica en la importancia del trabajo social en justicia ya que une el sistema jurídico y la realidad de las personas, incorporando la perspectiva social al procedimiento. Además, contribuyen a la garantía y defensa de los derechos humanos, especialmente en los colectivos que presentan mayor vulnerabilidad.

Sin olvidar que existe la necesidad de que el resto de los profesionales de otros ámbitos y los futuros trabajadores sociales conozcan el trabajo social más allá de los servicios sociales, el trabajo social en Justicia. En la actualidad existe una crisis importante en este sector debido, entre otros motivos, al desconocimiento de la existencia de una herramienta tan importante como es el Dictamen Pericial. Esta situación ha llevado no solo a la sensación de olvido de los derechos fundamentales de las personas que se encuentran inmersas en un procedimiento judicial, sino que también al descontento de estos profesionales, conformismo y por qué no, al miedo inherente al olvido de nuestra profesión en el ámbito de la justicia.

APROXIMACIÓN CONCEPTUAL

Una vez que ya conocemos la trayectoria del trabajo social en Justicia, es necesario esclarecer algunos conceptos.

Como escenario disciplinario propio, el Trabajo Social Forense posee, desde sus orígenes, los fundamentos conceptuales, metodológicos y técnico-instrumentales, profundizando en los enlaces socio-jurídicos y en los dispositivos constitucionales y legales, que le confieren un cariz obligatorio, desde una perspectiva integral, holística, que estudia, analiza e interviene en las relaciones ecosistémicas. Es

decir, no solo los vínculos intrafamiliares, sino también los sistemas más amplios en que se desenvuelve: escuela, trabajo, justicia, comunidad y cualquier otra interacción social. Incluyendo, la relación de ayuda del operador jurídico y la exigencia de percibir el pensamiento de las personas en el contexto de diversas narraciones posibles, (Velásquez, 2014).

En términos de la administración de justicia, de acuerdo con Cisternas y Rojas (2013), el peritaje social forense adquiere la calificación de prueba judicial, pues "tiene valor en cuanto aporte del conocimiento específico y especializado de una determinada materia en litigio" (Cisternas y Rojas, 2013, p. 38).

También debemos conocer que existen dos tipos de perito. Por un lado, nos encontramos con el denominado Perito Judicial, el cual es designado o bien por el Juez, el Fiscal o Tribunal y por otro lado se encuentran los Peritos Privados, los cuales son designados de parte, es de decir por algunos de los letrados de las partes.

Finalmente debemos aclarar en qué consiste el Dictamen pericial Informe Pericial. La Ley de Enjuiciamiento Criminal, en su Libro Segundo, Titulo V, Capitulo VII. Del informe pericial, en su artículo 478 señala:

El informe pericial comprenderá, si fuere posible:

> 1.º Descripción de la persona o cosa que sea objeto del mismo en el estado o del modo en que se halle. El secretario extenderá esta descripción, dictándola los peritos y suscribiéndola todos los concurrentes.
>
> 2.º Relación detallada de todas las operaciones practicadas por los peritos y de su resultado, extendida y autorizada en la misma forma que la anterior.
>
> 3.º Las conclusiones que en vista de tales datos formulen los peritos conforme a los principios y reglas de su ciencia o arte.

MARCO NORMATIVO Y LEGISLATIVO

El ordenamiento jurídico español presenta una organización normativa en 3 niveles, (nacional, autonómica y otra normativa sectorial relevante) cuya relación se rige por el principio de jerarquía, asegurando la coherencia y unidad del sistema jurídico.

Nacional

En la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, en su Libro II. De los Procesos declarativos, en el Titulo. De las disposiciones comunes a los procesos declarativos, en el Capítulo VI De. los medios de prueba y presunciones, se desarrolla los medios de prueba (art. 299), en el que se regula el dictamen de los peritos como uno de los medios de prueba que se podrá hacer uso en el juicio.

En el Libro IV. De los procesos especiales, en el Titulo I. De los Procesos sobre provisión de medidas judiciales de apoyo a personas con discapacidad, filiación, matrimonio y menores, en el Capítulo I De las disposiciones generales (art. 748 a 755 LEC) se regula el ámbito de aplicación, la intervención del Ministerio Fiscal, la representación y defensa de las partes, indisponibilidad del objeto o el modo de desarrollarse la prueba. En el Capítulo II de los procesos sobre la adopción de medidas judiciales de apoyo a personas con discapacidad, se regula el ámbito de aplicación y competencia, el proceso para la adopción judicial de las medidas de apoyo a una persona con discapacidad, las diferentes pruebas preceptivas en primera y segunda estancia, revisión de las medidas de apoyo judicialmente adoptadas, las medidas cautelares y el internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico. En el Capítulo IV, de los procesos matrimoniales y de menores, de la Ley de Enjuiciamiento Civil (LEC), se desarrolla la competencia sobre el conocimiento de estos procedimientos, el procedimiento, medidas provisionales y definitivas.

En cuanto al ámbito de menores, la normal fundamental es la Ley Orgánica 5/2000 de 12 de enero de responsabilidad penal de los menores. En el Titulo III. De la

instrucción del procedimiento, en el Capítulo I. Reglas generales, se regula la incoación del expediente (art.16), la detención de los menores (art.17), el desistimiento de la incoación del expediente por corrección en el ámbito educativo (art.18), el sobreseimiento del expediente por conciliación o reparación entre el menor y la víctima (art. 19), la unidad del expediente (art.20) y el informe del equipo técnico, (art.27).

Por otro lado, se encuentra el Real Decreto 1.774/2004, de 30 de julio, por el que se aprueba el reglamento de la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores. En su Capitulo II. De la actuación de la policía Judicial y del equipo técnico, en su artículo 4 se regula la actuación del equipo técnico e indica que los mismos estarán formados por psicólogos, educadores y trabajadores sociales cuya función es asistir técnicamente En las materias propias de sus disciplinas profesionales a los jueces de menores y al Ministerio Fiscal, efectuando las propuestas, siendo oídos en los supuestos y en la forma establecidos en la Ley Orgánica 5/2000 de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores.

En cuanto al ámbito de Violencia de género, tenemos de referencia la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, en su Disposición adicional Segunda. Protocolos de actuación señala que serán el gobierno y las comunidades autónomas que hayan asumido competencias en materia de Justicia, organizarán en el ámbito que a cada una le es propio los servicios forenses de modo que cuenten con unidades de valoración forense Integral encargadas de diseñar protocolos de actuación global e integral en casos de violencia de género. Señala que estos protocolos deberán prestar especial atención a la violencia vicaria.

Otras de las leyes que se debe tener en cuenta es la Ley orgánica 1/1996 de 15 de enero de protección jurídica del menor, de modificación parcial de Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento civil, en la que se regula la supremacía del interés superior del menor como un principio rector de la actuación de los poderes públicos.

Finalmente, en la Ley Orgánica 1/2022 de 6 de septiembre de Garantía integral de la libertad sexual, en el Titulo VI. Acceso y obtención de justicia, en el Capítulo Actuaciones fundamentales para la acreditación del delito, regula en su artículo 47, refiere que serán las unidades de valoración forense adscritas a los institutos de medicina legal u a otros órganos competentes quienes se ocuparán de los casos de violencia sexuales contra las mujeres, niñas y niños, para lo cual serán reforzadas y se garantizará su presencia en todo el territorio del Estado. Su intervención se producirá desde las primeras fases del proceso, incluido en el servicio de Guardia. Además, se establecerán protocolos para realizar los informes de valoración, que incluirán el daño social.

En el ámbito de la discapacidad, la Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. Tal y como indica el Consejo General de Trabajo social, (2022) esta ley regula una serie de apoyos y atenciones para que la persona pueda ejercer sus derechos en condiciones de igualdad, superando obstáculo que la discapacidad impone en su ejercicio y atendiendo a la voluntad de la persona. Con la entrada en vigor de la Ley, se modificaron tanto el artículo 759 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, como el artículo 42.bis de la Ley 15/2015, de 2 de julio, de la Jurisdicción Voluntaria. Ambos preceptos establecen la obligatoriedad de que sean recabados los dictámenes periciales necesarios y especializados de los ámbitos social y sanitario para acreditar la necesidad de la adopción de las medidas de apoyo.

En este sentido las medidas de apoyo se centran en la recuperación de la mayor autonomía posible para participar en su comunidad, siendo de gran relevancia la emisión del Informe Social emitido por los/as profesionales del Trabajo Social, siendo necesario valorar la situación de la persona en relación a su entorno más inmediato y garantizar correctamente el ejercicio de sus derechos y libertades fundamentales, (Consejo General del Trabajo Social, 25 de febrero de 2022).

Autonómica

En cuanto a nivel autonómico, los dos pilares fundamentales legislativos son por un lado la Ley 7/2007, de 4 de abril, para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, y de Protección contra la Violencia de Género en la Región de Murcia. La presente ley tiene por objeto hacer efectivo el principio de igualdad de mujeres y hombres en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, mediante la regulación de aquellos aspectos orientados a la promoción y consecución de dicha igualdad, y a combatir de modo integral la violencia de género.

Por otro lado, tenemos la Ley 3/1995, de 21 de marzo, de la infancia de la Región de Murcia, la cual tiene por objeto establecer el marco de actuación de la infancia y el respeto a sus derechos e intereses, centrándose en la Tutela, la Guarda, Acogimiento, Adopción e incluso regula la gestión de las medidas de reforma.

Otra Normativa Relevante

Otra normativa que debemos tener en cuenta es la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia, esta ley intenta combatir la violencia sobre la infancia y la adolescencia desde una aproximación integral, e intenta dar respuesta a todos los factores de riesgo y sus consecuencias desde diferentes ámbitos.

ROLES Y FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL

Esta práctica como perito comenzó en el año 1990 al amparo de la Ley Orgánica 6/1985 de 2 de julio de 1985, donde se habría en su artículo 508 apartado 1 y 3 respectivamente la posibilidad de contratar profesionales y expertas para auxiliar a la administración de Justicia, las cuales podrían ser contratadas en régimen laboral por el Ministerio de Justicia, (Simón, 2009).

En Justicia el informe social realizado por los trabajadores sociales es llamado, tal y como se ha señalado anteriormente, Dictamen Pericial y sigue una metodología

científica, propia de las ciencias sociales. Tiene unas limitaciones temporales (ajustado a un momento determinado de las personas y del concreto objeto de estudio). Tiene unas características específicas (estructura, variables de estudio y emisión). Están sujetos a Ratificación y defensa en juicio oral. Según Utrera, (2009) los dictámenes periciales emitidos por los ETP/UVFI, (Equipos Técnicos/Unidad de Valoración Forense), le otorgan una definición multidisciplinar y actuación interdisciplinar. Así mismo, el trabajador social coordina en la relación del juzgado con los recursos sociales y sanitarios de apoyo, especialmente con los puntos de encuentro familiar, al tiempo que he supervisado de seguimiento al cumplimiento de las medidas judiciales acordadas, informando al juez sobre cómo se desarrollan los regímenes de visitas acordados, (Mecerry Jimenez, 1999).

En este ámbito el profesional del Trabajo Social se encarga del estudio y valoración de los aspectos sociales que se desarrollan como parte de las funciones periciales del y las profesionales del trabajo social, centrándonos el análisis de los siguientes aspectos:

- Investigación de datos sociales-familiares e historia previa.
- Sistema familiar.
- Dinámica familiar.
- Historia de la dinámica relacional.
- Contexto socioeconómico.
- Contexto formativo laboral.
- Contexto residencial.
- Redes Sociales y de apoyo.
- *Permanencia de las víctimas en el ambiente violento. Datos del entorno de la/s víctimas.*

- Detección de estereotipos de género.
- Relación en entornos de familias con uso de la violencia.
- Violencia puntual en el inicio y/o desarrollo de la convivencia.
- Datos de otras agresiones sobre la víctima. Habitualidad-tipo de relación. Interacción con otros factores/víctimas.
- Agresiones sobre resto de miembros de la familia.
- Agresiones fuera del ambiente doméstico. Incluso si es posible antecedentes en otras regiones o zonas geográficas.
- Recursos personales suficientes/deficitarios.
- Posibles barreras ambientales que dificultan la decisión de la víctima para llegar a una ruptura.
- Valoración de menores en lo referente a la guarda y custodia, régimen de visitas y estancias en aquellos casos en los que se ha vivido en la familia violencia de género/doméstica.
- Asesoramiento de medidas y coordinación de las UVFI a nivel interinstitucional para la gestión de medios asistenciales y preventivos.
- Colaboración con la Oficina de Atención a la Víctima, y otros recursos (*se desarrolla más adelante).

Para conocer de forma más precisa, cuáles son las áreas de actuación del trabajador social en justicia, las vamos a visualizar por ámbitos de trabajo:

- En los Tribunales de Instancia, conocidos anteriormente como Juzgados de Familia, basándonos en la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil; LO 8/2021, de 4 de junio, de Protección

Integral a la Infancia y la Adolescencia frente a la Violencia y la Ley 15/2005, de 8 de julio, por la que se modifican el Código Civil y la Ley de Enjuiciamiento Civil en materia de separación y divorcio, las funciones de los Trabajadores sociales en los Equipos técnicos:

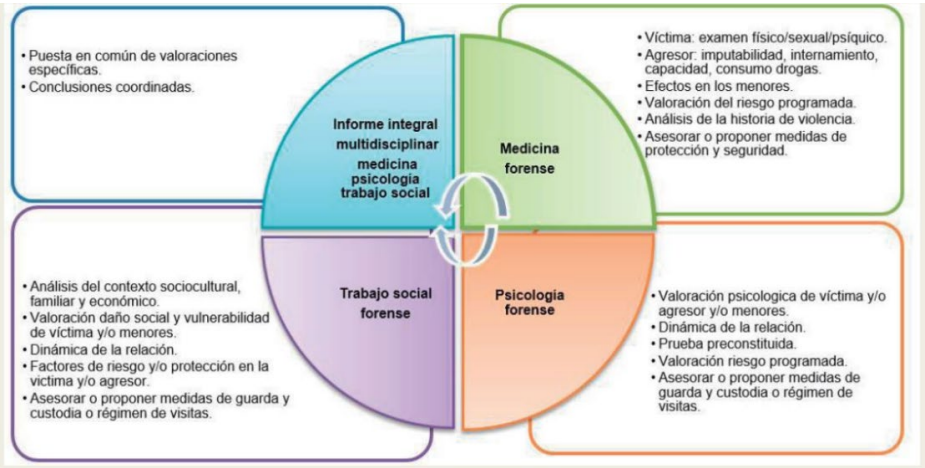
En los procedimientos de separación, divorcio, juicio verbal sobre guarda y alimentos, juicio verbal sobre régimen de visitas y en modificaciones de medidas, el objeto versará sobre:

- *Patria Potestad. La existencia de alguna causa socio-familiar grave en cualquiera de los progenitores que aconseje la privación de la Patria Potestad.*
- *Guarda y Custodia. Estudiar la capacidad socio-familiar para asumir el cuidado y atención de los hijos a fin de recomendar el ejercicio de la Guarda y Custodia a uno de los progenitores, a los dos conjuntamente o a un tercero en el supuesto de que ninguno de ellos reúna condiciones para ello.*
- *En los supuestos de Cooperación Internacional, asesorando al órgano judicial de motivos socio-familiares que aconsejen la restitución del menor al cónyuge que vive en España. Y seguimiento de casos, en los que concurran circunstancias que lo requieran.*
- *Régimen de visitas. Conveniencia de fijar o establecer un régimen de visitas o modificarlo cuando ya está establecido (ampliándolo, suspendiéndolo y restringiéndolo). Y seguimiento de casos, en los que se quiere conocer la evolución u desarrollo de la medida acordada y cuando haya incumplimientos reiterados el régimen de visitas.*

El informe socio familiar puede emitirse para dos momentos: durante el procedimiento judicial, para responder a la valoración solicitada por el juez; y tras el procedimiento judicial, como seguimiento de las medidas adoptadas en sentencia por el mismo, (Cuadrado, 1989, como se citó en Simón, 2009).

- *En los procedimientos de Jurisdicción Voluntaria el objeto versará sobre acogimiento familiar; adopción e impugnación de la tutela. Siguiendo la Ley 15/2015, de 2 de julio de la Jurisdicción Voluntaria:*
    - *Acogimiento familiar. Estudio de la situación socio-familiar de la familia biológica y de la posible familia acogedora valorando la pertinencia del Acogimiento.*
    - *Adopción. Estudio de la situación socio-familiar de la familia biológica, de los menores y la posible familia adoptiva.*
    - *Remoción de la curatela y/o tutela. Estudio de la situación del menor dentro del contexto de convivencia con su familia, si no se ha llevado a cabo la retirada del mismo, o dentro de la institución en la que se encuentre de Guarda, o tutelado por la Entidad Pública.*
- *En las secciones de violencia sobre la mujer, la LO 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, dispuso que el Gobierno organizara, en su ámbito de actuación, los servicios forenses de modo que contaran con Unidades de Valoración Forense Integral (UVFI) integradas por Médicos, Psicólogos y Trabajadores Sociales Forenses. Las funciones de los profesionales del Trabajo Social en este ámbito serán:*
    - *Valoración de la presencia de daño social y vulnerabilidad en la víctima y menores.*
    - *Valoración de factores de riesgo y/o protección en la víctima y el agresor.*
    - *Análisis del contexto sociocultural, familiar y económico.*
    - *Evaluación de la dinámica relacional de la pareja.*
    - *En los procedimientos de separación y divorcio derivados de violencia de género, asesorar o proponer medidas en relación con la guarda y custodia, o el régimen de visitas.*

Figura 1



Nota: Niveles de respuesta de los IMLCF antes la Violencia De Género, por Consejo Médico Forense, 2021, Ministerio de Justicia. https://goo. su/Y0gUGz.

- *En cuanto a los delitos relacionados con Violencia Sexual, según se establece en la LO 10/2022, de 06 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual, las funciones de los trabajadores sociales serán:*
    - *Realización del Informe social en las Unidades de Valoración Forense Integral, junto al profesional de psicología y medicina, (art. 47.1).*
    - *Realización del Informe de daño social, (art. 47.2 y art. 53.1b).*
    - *Realización del Informe para determinar las indemnizaciones, (art. 53.1b, c y d), utilizando el baremo establecido.*

- En lo referente al ámbito de discapacidad, el Consejo General de Trabajo social, (2022), considera necesario valorar distintos parámetros y dinamismos vitales, creencias, valores y factores que dicha persona hubiera tomado en consideración para decidir sobre sus apoyos (art. 249 CC), los antecedentes relativos a la persona con discapacidad y las circunstancias actuales relativas al autocuidado en el ámbito de la vida diaria que aconsejen medidas de apoyo. Este tipo de Informes requieren de un seguimiento e Informe exhaustivo, por lo que no se puede en ningún caso relegar a un simple informe pericial puntual, emitido en un momento concreto que no valore de manera integral la situación.

Los/as profesionales encargados de realizar dichos dictámenes deberán ser conocedores/as del entorno y de la realidad social de las personas. El informe social, da respuesta a la petición de la autoridad judicial sobre los tipos de apoyo y asistencia que pueda requerir cualquier persona con discapacidad a lo largo de su trayectoria vital. Esto evidencia como fundamental la valoración diagnóstica, utilizando la herramienta del diagnóstico social como acto profesional del trabajo social, siendo los referentes bien sea en ámbito comunitario/local como en el especializado, (Consejo General de Trabajo social, 2022).

En este tipo de dictámenes, se aporta un diagnóstico sobre la situación socio cultural, económica, educativa y familiar, de las personas inmersas en procesos de incapacidad.

Se dará la misma respuesta en los procedimientos de tutela ordinaria, remoción de tutor, internamiento y curatela, al evaluar la situación de las personas afectadas por estos procesos, en cuanto a potencialidades habilidades, recursos familiares y socioeconómicos para cubrir las necesidades del menor o incapaz.

- *Con la Ley Orgánica 5/2000, 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores (LORPM), en las Secciones de Menores, se pretende dar respuesta a la necesidad de avanzar hacia la búsqueda y la implantación de nuevas formas de actuación penal y educativa con los menores y jóvenes. Los equipos de apoyo están formados por psicólogos, educadores y trabajadores sociales. El equipo hace sobre el juez y al fiscal sobre las medidas educativas a tomar con los menores de 18 años que hayan cometido conductas tipificadas por la ley como delitos o faltas. Existe como mínimo un equipo técnico en cada juzgado de menores y un juzgado de menores en cada provincia con sede en la capital, (Ruiz, 2013).*

  En el artículo 4.1 del Real Decreto 1774/2004, de 3 de julio, por el que se aprueba el reglamento de la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores, señala que los profesionales, entre ellos el trabajador social, prestarán asistencia profesional al menor desde

el momento de su detención y realizarán funciones de mediación entre el menor y la víctima o perjudicado. Podrán también incorporarse de modo temporal o permanente a los equipos técnicos otros profesionales relacionados con las funciones que tienen atribuidas, cuando las necesidades planteadas lo requieran y así lo acuerde el órgano competente.

Finalmente destacar que según Pascual et al. (2014) también señalan que en la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores, y el reglamento que la desarrolla (Real Decreto 1774/2004, de 30 de julio), se plantea explícitamente la práctica de justicia restaurativa en el ámbito penal juvenil, así como el proceso a seguir en la aplicación de las llamadas soluciones extrajudiciales "presentenciales y postsentenciales".

- *El trabajo social penitenciario, es definido por Curbelo y Ledesma (2007), como la intervención profesional en el contexto institucional penitenciario, con pertenencia institucional orgánica y funcional, cuya finalidad es el desarrollo humano y social de las personas privadas de libertad, para solucionar, prevenir y transformar las situaciones de necesidad de estas, en prosecución de una efectiva reeducación y reinserción social. Refiere que el trabajador social no solo actúa con las personas privadas de libertad, sino que también, actúa con el entorno, la familia y la comunidad en conjunto para poder conseguir la reinserción social.*

Los trabajadores sociales en el ámbito de penitenciaría se ocupan de hacer el seguimiento de libertades vigiladas, medidas terapéuticas, alternativas a prisión, trabajos para la comunidad o cualquier otra que tenga que cumplir el penado, realizándose el seguimiento cuando lo solicite el juez de vigilancia penitenciaria.

Según la Instrucción 2/2018 de la Secretaría General Penitenciaria y Medio Abierto (SGPyMA) el Trabajo Social Penitenciario constituye un Servicio Social especializado que tiene como finalidad favorecer la inserción social de las personas privadas de libertad o sometidas a medidas alternativas a las penas privativas de libertad, así como paliar las quiebras producidas en éstos y sus

familias, mediante mecanismos de protección y asesoramiento que permitan superar las desigualdades iniciales y los problemas sociales añadidos, sin que exista discriminación por su situación penal y/o penitenciaria. En este sentido nuestro trabajo se encuadra en el art. 25.2 de la Constitución Española. La intervención del Trabajo Social trata de incidir de manera prioritaria en los vínculos sociales y redes de apoyo que la persona tiene en el exterior, así como el desarrollo social en el interior del centro penitenciario. El Marco de Actuación del Trabajo Social se encuentra dentro de un equipo Técnico dependiente de la Junta de Tratamiento (art. 274 del Régimen Penitenciario), (Cuevas, 2024).

- *En cuanto al ámbito de la mediación, en la Reunión General celebrada en Montreal, en julio de 2000, la FITS adoptó la nueva definición de trabajo social. Recientemente, la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social (IASSW) también adoptó esta definición, (International Federation Of Social Workers, s.f, como se citó en, Colegio profesional de Trabajo Social de Málaga s.f):*

  > La profesión del trabajo social promueve el cambio social, la solución de problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la liberación de las personas para incrementar el bienestar. Mediante la utilización de teorías sobre el comportamiento humano y los sistemas sociales, el trabajo social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno. Los principios de los derechos humanos y la justicia social son fundamentales para el trabajo social, (International Federation Of Social Workers, s.f).

Esta definición sustituye a la publicada en 1982, la cual, aunque acertada, no abarcaba la diversidad de trabajo social en el contexto internacional.

La mediación, por lo tanto, según Moore, (1995) es la intervención en una disputa o negociación, de un tercero aceptable, imparcial y neutral que carece de un poder autorizado de decisión para ayudar a las partes en una disputa para alcanzar voluntariamente su propio arreglo mutuamente aceptable. Este autor continúa

señalando que para que haya mediación, las partes deben comenzar a negociar. La mediación es esencialmente la negociación que incluya un tercero que conoce los procedimientos eficaces de negociación y puede ayudar a gente en conflicto a coordinar sus actividades y ser más eficaz en su pugna.

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente es fácil observar que la figura de los trabajadores sociales forenses es de vital importancia en el ámbito de la justicia y que esta va en aumento por lo que cada vez se ven aumentadas las competencias designadas a estos profesionales.

Las autoras De la Calle y De león, (2016), señalan que la evidencia de que esta situación ha provocado una serie de dificultades en el ejercicio de la profesión del trabajo social en el ámbito judicial forense podrían estar relacionadas con la intervención en el proceso pericial, tales como las diferencias en los tiempos de respuesta; una pendencia en los tiempos de respuesta a los oficios, en las citaciones de ambas partes del proceso y por consiguiente en la redacción de los informes, la cual se ve troncada incluso por las diferencias en los enfoques y metodologías del trabajo al interior de estos equipos.

Esta confusión aumenta debido a la ausencia de una atribución de competencias específicas para cada una de las profesiones que componen el equipo interdisciplinar. Como resultado, dentro de los equipos ha sido frecuente que se generen debates como diferentes resultados en cuanto a las formas de trabajo y a los niveles de participación, (Simón, 2012).

SISTEMA DE PROTECCIÓN: RECURSOS, SERVICIOS Y PRESTACIONES

Los recursos con los que se cuenta en trabajo social en justicia son diversos teniendo en cuenta los diferentes ámbitos en los que se interviene.

Por ejemplo, si hablamos del ámbito de violencia de género, en la Comunidad de la Región de Murcia, disponemos de CAVI, EMAVI y CAIVAX, a los cuales pueden ser derivadas las supuestas víctimas para que sean intervenidas de manera multidisciplinar, tanto por la trabajadora social como por la psicóloga y pueda ser orientada por la asesora jurídica del mismo.

Las posibles víctimas también pueden ser derivadas a las Oficinas de Atención a las Victimas. Estas oficinas proporcionan un servicio público gratuito las cuales ofrecen asistencia integral a las víctimas de delitos violentos.

También disponemos de los Puntos de Encuentro Familiar, (PEF), o los Puntos de Encuentro Familiar VioGén. Estos son centros destinados para trabajar la relación de los menores con sus progenitores.

Otros recursos de los que disponen las víctimas de violencia de género son el número de Teléfono 016- 016 online; el servicio de ATENPRO en cual consiste en el servicio telefónico de Atención y Protección a las víctimas de violencia de género y el dispositivo COMETA, de tipo telemático y está dirigido para el control de medidas y penas de alejamiento.

Además, las víctimas de violencia de género en España tienen derecho a asistencia jurídica y psicológica gratuita, Derecho a la información y Derecho a la asistencia social integral, es decir, tiene derecho a la asistencia de los servicios sociales de atención, de emergencia, de apoyo y recogida y de recuperación integral. La asistencia implicará especialmente proporcionar información, la atención psicológica, apoyo social, seguimiento de las reclamaciones de sus derechos; apoyo educativo a la unidad familiar; formación preventiva en los valores de la igualdad dirigida a su desarrollo personal y a la adquisición de habilidades en la resolución de conflictos de forma no violenta.

También tendrán derecho a la asistencia social integral, a través de estos servicios sociales, los menores que se encuentren bajo la patria potestad o guarda y custodia de la persona agredida.

Las victimas tendrán también derecho a la protección de la persona y este se puede ejercitar mediante la solicitud a la autoridad judicial de medidas cautelares de protección o de la orden de protección europea.

En cuanto a los derechos laborales y de seguridad social, las víctimas también tendrán derechos reconocidos en el Estatuto de los Trabajadores, (Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Estatuto de los Trabajadores) y en la Ley General de Seguridad Social, (Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social), si es trabajadora por cuenta propia. Si es trabajadora por cuenta ajena o funcionaria pública, también tendrán reconocidos derechos derivados de esa situación, reconocidos en su legislación específica.

Existen también ayudas de tipo habitacional a través de programas que ofrecen soluciones habitacionales inmediatas para las víctimas de violencia de género y sus hijos.

Además, las mujeres víctimas de violencia de género serán consideradas dentro de los colectivos prioritarios para el acceso a viviendas protegidas y residencias públicas para mayores.

Por último, cabe señalar que, las mujeres extranjeras víctimas de violencia de género en situación de reagrupación familiar, podrá obtener autorización de forma temporal de residencia y trabajo.

En cuanto a las prestaciones económicas, nos encontramos con el subsidio para víctimas de violencia de género o sexual.

Otra prestación económica, sería la denominada Ayuda de pago único, la cual es equivalente a seis meses de subsidio por desempleo.

En cuanto a otro tipo de recursos, en el ámbito de familia podemos encontrar la figura del coordinador parental, es un experto en la resolución de conflictos

familiares que interviene por orden del juez durante el divorcio para ayudar a los progenitores a resolver los problemas por el bien de sus hijos.

Por último, está el Punto Neutro de Promoción de la Mediación, es un espacio dedicado a la promoción y fomento de la mediación como un medio alternativo para la resolución de conflictos.

EJEMPLO DE PROCESOS DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL

Mujer de 30 años, es derivada a la UVFI debido a que ha interpuesto una denuncia contra su expareja, por hechos relacionados con violencia de género. Refiere haber sufrido agresiones físicas, vejaciones, agresiones sexuales e incluso refiere haber estado secuestrada en la vivienda de su expareja sin poder salir. Refiere que se logra escapar y es cuando acude a urgencias debido a las numerosas lesiones físicas que ha sufrido y después interpone la denuncia.

Refiere residir en una vivienda junto a dos personas más, siendo una de ellas su única red de apoyo informal. Debido a los hechos ha sido despedida de su trabajo, por lo que se encuentra desempleada y con unos mínimos ingresos que apenas le cubren el alquiler de la habitación. Además, también refiere que su casero le dijo que tenía que marcharse tras ocurrir los hechos y es cuando acaba viviendo en su actual residencia.

Valoración social

Antes de comenzar con la valoración social, recabaremos la máxima información. Lectura, análisis y vaciado de Autos, a través de la Documentación y Recopilación de información y datos relevantes y por último la Consulta de Bases de Datos accesibles, (ORFILA, HORUS y VIOGÉN).

Después continuaríamos con la valoración social la cual realizaremos a través de entrevistas sociales semi estructuradas con ambas partes para poder esclarecer los hechos. Durante la misma se exploran diferentes ámbitos de la vida de la

mujer, comenzando con una información básica, como ciertos datos personales, que nos ayudarán a establecer un vínculo con la persona que nos facilitará la valoración. Tras ello, comenzaremos a preguntar sobre el ámbito familiar, lugar de residencia, información académica y laboral, el área económica, le preguntaremos sobre las redes de apoyo tanto de tipo informal, como las de tipo formal, es decir, la relación de estos con los recursos a los que puede acceder. Finalmente preguntaremos sobre el ámbito de salud y tras ello, comenzaremos por la historia de vida de las partes y sobre la relación mantenida.

Tras finalizar ambas entrevistas nos pondremos en contacto con los recursos pertinentes que hayan podido intervenir con alguna de las partes, nos coordinaremos con otros recursos institucionales (Servicios Sociales, PEF, centros de intervención familiar, Servicio de Atención a las Víctimas, centros de atención a drogodependientes, centros de atención a la infancia, etc.) y solicitaremos los informes pertinentes.

Tras recabar toda la información comenzaremos con el Análisis de la documentación aportada por los y las explorados/as.

En este momento se pueden elaborar diferentes hipótesis relacionadas con:

- *Presencia de estereotipos de género.*
- *Socialización en entornos de familia con uso de la violencia para resolver conflictos interpersonales.*
- *Micromachismos o violencia puntual en el inicio y/o desarrollo de la convivencia.*
- *Conductas adictivas.*
- *Recursos personales deficitarios.*
- *Situaciones de estrés previas manejadas con violencia.*
- *Barreras ambientales que dificultan la decisión de la víctima a llegar a una ruptura: (escasez de servicios sociales / presión social, familiar/desigualdad económica/desinformación…).*
- *Posible Daño social en la víctima.*

Una vez recogidos todos los datos, estos se analizan y son contrastados con el apoyo del conocimiento proveniente de la Ciencia del Trabajo Social, se elabora **el diagnóstico Social.**

Una vez que tenemos el diagnostico social procederemos a elaborar las conclusiones y recomendaciones necesarias relacionadas con el objeto de la pericia, dando así respuesta a la petición del órgano judicial.

BIBLIOGRAFÍA (APA 7ª EDICIÓN)

Cobo Plana, J. A. (2005). Guía y manual de valoración integral forense de la violencia de género y doméstica. *Boletín de Información. Ministerio de Justicia*.

Código Deontológico de Trabajadores Sociales (2012). Consejo General del Trabajo Social.

Consejo General del Trabajo Social (25 de febrero de 2022). Posicionamiento del Consejo General sobre la Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. https://www.cgtrabajosocial.es/noticias/posicionamiento-del-consejo-general-sobre-la-ley-8-2021-de-2-de-junio-por-la-que-se-reforma-la-legislacion-civil-y-procesal-para-el-apoyo-a-las-personas-con-discapacidad-en-el-ejercicio-de-su-capacidad-juridica/7953/view

Cuevas, E. I. F. (2024). Aproximación al Trabajo Social en Instituciones Penitenciarias. *Comunitania: Revista internacional de trabajo social y ciencias sociales*, (28), 111-126.

Curbelo Hernández, E.A., Ledesma Cerraro, J.M. (2007) “Trabajo social y servicios sociales en el contexto institucional penitenciario. Aproximación a las cuestiones epistemológicas y metodológicas de la práctica profesional” *Documento de Trabajo Social Nª 40, 41, 42.* Málaga. (pp: 239-274) (pp: 244-257) Recuperado en:

http://www.trabajosocialmalaga.org/archivos/revista_dts_numeros/DTS_40-41-42.pdf

de la Calle, M. J. M., & de León Romero, L. P. (Eds.). (2016). *El trabajo social en el ámbito judicial*. Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid.

Forense, C. M. (2021). Protocolo de Actuación Médico-Forense ante la violencia sexual en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses. *Ministerio de Justicia. https://goo. su/Y0gUGz*.

Gómez Gómez, F., & Soto Esteban, R. (2015). El trabajador social de la Administración de Justicia española en los procesos de rupturas matrimoniales. *Estudios Socio-Jurídicos*, *17*(2), 131-166.

Hernández Escobar, A. (2006). La prueba pericial de los trabajadores sociales: interrelación entre un instrumento de trabajo técnico-científico y un instrumento procesa. La Toga, Revista del Colegio de Abogados de Sevilla (157).

Hernández Galilea, J. M. (2004). Análisis procesal del informe del equipo técnico. Universidad de Oviedo.

Hervías Castresana, S., & Ruiz Rodríguez, P. (2012-2013). Demanda y producción de informes sociales periciales en los juzgados españoles. Universidad de la Rioja.

International Federation Of Social Workers. (S.f). https://www.ifsw.org

Ley 30/1981, de 7 de julio, por la que se modifica la regulación del matrimonio en el Código Civil y se determina el procedimiento a seguir en las causas de nulidad, separación y divorcio. Boletín Oficial del Estado (BOE), 172, 16457 a 16462.

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Boletín Oficial del Estado (BOE), 281, 33987 a 34058.

Ley 15/2015, de 2 de julio, de la Jurisdicción Voluntaria. Boletín Oficial del Estado (BOE),158.

Ley 15/2005, de 8 de julio, por la que se modifican el Código Civil y la Ley de Enjuiciamiento Civil en materia de separación y divorcio. Boletín Oficial del Estado (BOE), 163, 24458 a 24461.

Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Boletín Oficial del Estado (BOE),15, 1225 a 1238.

Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. Boletín Oficial del Estado (BOE),134.

Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. Boletín Oficial del Estado, 5 de junio de 2021, núm. 134. España.

Moore, C. W. (1995). *El proceso de mediación: Métodos prácticos para la resolución de conflictos*. Ediciones Granica.

Morales, M. F. B. (2022). Peritaje social forense. *Revista Justicia (S)*, *1*(1), 98-112.

Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil. Gaceta de Madrid, 25 de julio de 1889, núm. 206. España.

Torres Díaz, M. C. (2024). La perspectiva en la infancia y adolescencia como metodología jurídica: nuevas narrativas para un derecho no adultocéntrico. Recuperado de http://hdl.handle.net/10045/139950

Ortuño Muñoz, P. (1995). "El Dictamen Pericial" como prueba pericial su génesis en el Derecho de Familia. Revista Poder Judicial (37), 193-212.

Pascual, I. C., Fandos, R. M., & Pérez, R. P. (2014). Intervención del Trabajador Social en el servicio de Mediación con menores infractores y entrenamiento

en habilidades sociales como sistema de reparación. *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, (54), 211-239.

Ponce de León, L. & Mateos, Mª. J. (2016). "Principales técnicas e instrumentos aplicados en trabajo social judicial". En: *El trabajo social en el ámbito judicial* (págs.63-97). Madrid: COLEGIO OFICIAL DE TRABAJADORES SOCIALES DE MADRID.

Real Decreto 144/2023, de 28 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Boletín Oficial del Estado (BOE), 30647 a 30666.

Rojo, J. V. (2014). *Los peritos y la prueba pericial en el procedimiento civil*. Valencia: TIRANT.

Ruiz, P. (2003). *El trabajador social como perito judicial*. Zaragoza: LIBROS CERTEZA y Colegio O. de Diplomados en Trabajo Social de Málaga.

Ruiz, P. (2013). *El trabajador social en el ámbito forense*. Málaga: GRÁFICAS ANAROL, S.L y Colegio O. de Diplomados en Trabajo Social de Málaga.

Simón, M. (2009). Aportaciones del trabajo social a la pericial de familia. *Cuadernos de derecho judicial*, (2), 175-210.

Simón, M. (2012). El trabajo social en las Unidades de Valoración Forense Integral: aportes específicos y modelo pericial de intervención social. *Servicios sociales y política social*, (97), 117-128.

Simón, M. (2014). *Bases teóricas y metodológicas del trabajo social forense para la evaluación de lesiones y secuelas sociales del abuso sexual a menores*. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

Velásquez, Á. M. Q. (2014). Peritaje social: Contexto no clínico en la intervención socio-familiar. *Revista de la Facultad de Trabajo Social*, *30*(30), 25-40.

CAPÍTULO Nº 10

INTERVENCIÓN EN EL ÁMBITO DE LA EDUCACIÓN

ANTONIA CASCALES MARTÍNEZ Y DOLORES Mª PEÑALVER GARCÍA

INTRODUCCIÓN

La intervención socioeducativa es un pilar fundamental de las políticas públicas orientadas a garantizar los derechos, la equidad y la inclusión social, punto de encuentro entre el ámbito educativo y la intervención social (Ferreras-Listán et al., 2025: Melendro y Rodríguez Bravo, 2021). Los procesos educativos se comprenden dentro de los contextos sociales, familiares y, por supuesto, educativos, sobre todo en situaciones de riesgo o vulnerabilidad (Díaz López & Pinto Loría, 2017). Por eso, el ámbito educativo es un espacio privilegiado de intervención social para el alumnado con necesidades y con su familia.

Para ello es necesario diseñar actuaciones coordinadas entre los sistemas educativos y de servicios sociales, poniendo en valor la colaboración interprofesional para ofrecer una respuesta de calidad ajustada a las necesidades integrales tanto del alumnado como de sus familias. Desde una perspectiva compartida, es necesario establecer un marco de análisis contextual y una propuesta de actuación que complete y enriquezca la intervención educativa, permitiendo abordar de forma holística los elementos que inciden en los procesos de aprendizaje del alumnado.

APROXIMACIÓN CONCEPTUAL

La intervención social en el ámbito educativo se sitúa en la intersección entre el derecho a la educación, el derecho a la protección y el derecho al bienestar de la persona. No se limita a “resolver problemas” puntuales, sino que busca reducir

barreras que dificulten el aprendizaje y la participación, fortalecer factores de protección y activar apoyos en la familia, el centro y la comunidad. Desde el Trabajo Social, esta intervención se entiende como un proceso planificado, basado en evidencias disponibles y juicio profesional, centrado en la persona y su entorno, que combina actuación directa (acompañamiento, orientación, mediación) con trabajo en red (coordinación interinstitucional, derivaciones, activación de recursos).

La intervención social en contextos educativos: especificidad del entorno escolar

La intervenir social en el ámbito educativo tiene unas connotaciones específicas al estar trabajando desde un espacio, un contexto, con reglas propias, donde conviven dimensiones pedagógicas, organizativas, comunitarias y de protección. La especificidad del entorno escolar condiciona tanto el acceso a la población como la forma de construir la relación profesional, los márgenes de actuación y los criterios para evaluar resultados.

En primer lugar, la escuela es un espacio de asistencia obligatoria y, por tanto, un lugar privilegiado para la detección precoz de vulnerabilidades. Esta obligatoriedad tiene una doble lectura, por un lado, facilita identificar ausencias, cambios conductuales o deterioro del rendimiento; pero, por otro, también puede generar resistencias en alumnado y familias que perciben el sistema como coercitivo o sancionador. En consecuencia, la intervención social debe explicar claramente su finalidad, evitar culpabilizar y construir una alianza basada en la confianza y la transparencia.

En segundo lugar, la escuela es un espacio de convivencia donde se concentran relaciones entre iguales, normas, jerarquías y dinámicas de pertenencia que influyen directamente en el bienestar psicosocial. Esto hace que problemáticas como el acoso, el aislamiento o la conflictividad tengan un impacto inmediato en la experiencia educativa. La intervención social, por tanto, no puede limitarse al plano individual; requiere lectura de clima escolar, redes de apoyo, roles grupales y prácticas institucionales. Trabajar sobre convivencia significa actuar también

sobre las condiciones que la hacen posible: participación, reconocimiento, gestión de conflictos y coherencia normativa.

En tercer lugar, el contexto escolar está atravesado por la evaluación (académica y, de forma indirecta, social). La evaluación estructura tiempos, expectativas y decisiones que pueden reforzar desigualdades si no se interpretan adecuadamente. Rendimiento y conducta suelen convertirse en "señales de alerta" que en realidad expresan situaciones subyacentes: estrés familiar, carencias materiales, problemas de salud, trauma, discriminación o dificultades de acceso a apoyos. El Trabajo Social ayuda al centro a diferenciar entre "falta de interés" y barreras (económicas, relacionales, emocionales, culturales o funcionales) que impiden sostener la asistencia, la atención o el cumplimiento de tareas.

Además, el entorno escolar plantea tensiones específicas en materia de confidencialidad, consentimiento y uso de información. La escuela trabaja con información sensible (familia, salud, situación económica, de violencia), pero su finalidad principal es educativa. La intervención social debe garantizar apoyos, protección o coordinación, cuidando el lenguaje y registrando de manera objetiva (hechos observables, fuentes, fechas), evitando interpretaciones estigmatizantes. Este aspecto es particularmente crítico cuando se activan circuitos de protección o cuando hay conflictos familiares y judicialización.

Por último, el centro educativo es un nodo que conecta con el territorio. Esto convierte a la intervención social escolar en una práctica de trabajo en red, donde la educación se cruza con servicios sociales, salud, protección a la infancia, justicia, empleo e, incluso, vivienda. La intervención social tiene como función traducir necesidades en apoyos concretos, articulando la coordinación y evitando la fragmentación de respuestas.

Problemas socioeducativos: tipologías y claves de comprensión e intervención

Los problemas socioeducativos no son "fallos individuales" del alumnado, sino expresiones de desajustes estructurales o del sistema familiar que tiene como

consecuencia necesidades, falta de apoyos disponibles y las propias condiciones del entorno. Con frecuencia son multicausales y acumulativos: una dificultad económica puede derivar en absentismo; el absentismo agrava el rendimiento; el bajo rendimiento alimenta el desenganche; y el desenganche incrementa el riesgo de conductas disruptivas o abandono. La aproximación del Trabajo Social busca identificar mecanismos (barreras y facilitadores), no solo síntomas, y orientar la intervención hacia cambios posibles en varios niveles: individual, familiar, escolar y comunitario.

El absentismo es una señal crítica porque compromete la continuidad del derecho a la educación y puede ser la antesala del abandono. No debe interpretarse como "desinterés": puede responder a factores de salud, cuidado de familiares, pobreza, falta de transporte, experiencias de acoso, ansiedad escolar, conflictos familiares o expectativas educativas bajas. El desenganche suele manifestarse antes que el absentismo: desconexión emocional y cognitiva, falta de sentido, pasividad, repetición de curso, conflictos con figuras de autoridad. La intervención social se centra en reconstruir el vínculo con la escuela, eliminar barreras, activar apoyos y coordinar un plan realista de reincorporación progresiva, evitando enfoques exclusivamente punitivos que suelen intensificar la evasión.

Además, las condiciones materiales impactan en la asistencia, la concentración, la participación y la posibilidad de estudiar en casa. La vulnerabilidad puede expresarse en alimentación insuficiente, falta de material, imposibilidad de participar en actividades, hacinamiento, inestabilidad residencial o carencias energéticas. La brecha digital amplifica estas desigualdades (no disponer de dispositivos, conectividad o competencias digitales). El Trabajo Social identifica necesidades, reduce barreras, acompaña en la gestión de ayudas, activa recursos comunitarios y promueve estrategias de centro que no penalicen la pobreza.

El acoso es un fenómeno relacional sostenido en el tiempo que produce daño y deteriora la seguridad y el rendimiento. En su versión digital, puede ser continuo e inescapable. No solo afecta a víctima y agresor: implica a observadores, normas del grupo y respuesta institucional. La intervención social suele centrarse en el

acompañamiento sociofamiliar, la coordinación con el centro (convivencia/orientación), la reparación del daño, la protección efectiva y el fortalecimiento de redes de apoyo, evitando revictimización y reforzando la participación de la familia en un marco de seguridad.

El entorno familiar es un determinante clave de la trayectoria educativa. El conflicto de alta intensidad, la negligencia, la violencia intrafamiliar o problemas de salud mental o adicciones en cuidadores pueden traducirse en inestabilidad emocional, falta de rutinas, baja supervisión y dificultades de aprendizaje o conducta. La intervención social en escuela no sustituye a los servicios especializados, pero realiza una detección temprana, valoración de riesgo, activación de circuitos de protección y acompañamiento a la familia, siempre hacia interés del menor. Es crucial sostener un equilibrio entre apoyo y protección.

La migración puede implicar ruptura de redes, cambios de rol, estrés por regularización, precariedad y experiencias de discriminación. El duelo migratorio afecta identidad, pertenencia y seguridad emocional. A esto se suman barreras lingüísticas que dificultan la comunicación familia-centro, y diferencias culturales en expectativas educativas, disciplina o participación escolar. El Trabajo Social actúa como mediador cultural y facilitador de acceso. Es importante no patologizar la diferencia cultural ni confundirla con negligencia, pero tampoco ignorar riesgos reales; se requiere evaluación contextual y cuidadosa.

En la escuela, las barreras del entorno pueden ser físicas (accesibilidad), comunicativas, metodológicas, actitudinales u organizativas. La intervención social se orienta a garantizar apoyos y ajustes razonables, facilitar coordinación con orientación y recursos externos, y acompañar a la familia en itinerarios de apoyos, evitando cargas burocráticas y desgaste. También es esencial prevenir efectos secundarios frecuentes: aislamiento social, acoso, bajas expectativas y sobrecarga familiar. El objetivo conceptual no es “normalizar” al estudiante, sino asegurar participación, aprendizaje y bienestar con los apoyos adecuados.

Las conductas disruptivas suelen tratarse como un problema disciplinario, pero con frecuencia expresan necesidades no atendidas: dificultades de

autorregulación, experiencias traumáticas, conflictos familiares, fracaso escolar acumulado, trastornos no detectados, consumo de sustancias en el entorno, o falta de sentido de pertenencia. El Trabajo Social propone intervenciones combinadas: acuerdos conductuales, apoyo emocional, refuerzo de habilidades parentales, coordinación con salud cuando proceda, y estrategias de centro que mantengan al estudiante vinculado (la expulsión reiterada suele aumentar el riesgo de exclusión y abandono).

MARCO NORMATIVO Y LEGISLATIVO

Marco normativo del sistema educativo español

La educación en España se sustenta en un marco normativo amplio y jerarquizado que define, por un lado, los principios y derechos básicos del sistema y, por otro, su ordenación concreta en los distintos niveles educativos. En la cúspide se sitúa la Constitución Española, que reconoce el derecho a la educación y fija el reparto competencial en materia educativa entre el Estado y las Comunidades Autónomas. De este modo, el Estado garantiza los elementos comunes del sistema (principios básicos, condiciones de obtención de títulos y enseñanzas mínimas), mientras que las Comunidades Autónomas desarrollan y gestionan la educación en su ámbito territorial, asegurando la adaptación a las realidades y necesidades propias dentro del marco general.

En desarrollo del mandato constitucional, la Ley Orgánica 8/1985, de 3 de julio, reguladora del Derecho a la Educación (LODE) concreta los principios constitucionales en materia educativa, reforzando el carácter de la educación como derecho fundamental y articulando los pilares de participación de la comunidad educativa, la programación general de la enseñanza y el equilibrio entre la red pública y la iniciativa social en la prestación del servicio educativo.

El eje vertebrador de la ordenación del sistema educativo no universitario es la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOE), que establece las bases

reguladoras del sistema y se inspira en tres ideas centrales: garantizar una educación de calidad para toda la ciudadanía, promover la corresponsabilidad de todos los agentes de la comunidad educativa en la consecución de ese objetivo, y mantener un compromiso con los objetivos educativos europeos, orientados a mejorar la calidad y la eficacia de los sistemas de educación y formación. Actualmente, la referencia normativa principal es el texto consolidado de la LOE, que incorpora las modificaciones posteriores, en particular las introducidas por la LOMLOE.

En este contexto, la Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre (LOMLOE) modifica la LOE y configura un marco orientado a incrementar las oportunidades educativas y formativas, mejorar los resultados del alumnado y responder a la demanda social de una educación de calidad para todos. Su enfoque pretende avanzar hacia un ordenamiento más actualizado, si bien deja determinados aspectos abiertos a un desarrollo normativo posterior, en coordinación con las Comunidades Autónomas a través de los mecanismos de cooperación institucional (como la Conferencia Sectorial).

Junto a la ordenación general del sistema, la Formación Profesional cuenta con un marco específico: la Ley Orgánica 3/2022, de 31 de marzo, de ordenación e integración de la Formación Profesional, cuyo objetivo es constituir y organizar un Sistema de Formación Profesional capaz de responder con flexibilidad a las necesidades de cualificación a lo largo de la vida, integrando itinerarios formativos y reforzando la conexión entre formación, empleabilidad y acompañamiento profesional.

Finalmente, en el ámbito de la educación superior universitaria, la norma marco vigente es la Ley Orgánica 2/2023, de 22 de marzo, del Sistema Universitario (LOSU), que proporciona el encaje normativo para las universidades atendiendo a su diversidad y a sus necesidades presentes y futuras, con una orientación explícita hacia la calidad, la excelencia, el fortalecimiento de la actividad universitaria como motor social y la confianza institucional en la educación superior.

En conjunto, este entramado legal se completa con el correspondiente desarrollo reglamentario (normas estatales y autonómicas) que concreta aspectos curriculares, organizativos y de evaluación, garantizando la operatividad del sistema y la coherencia entre el marco común estatal y las competencias de las Comunidades Autónomas.

Educación Inclusiva

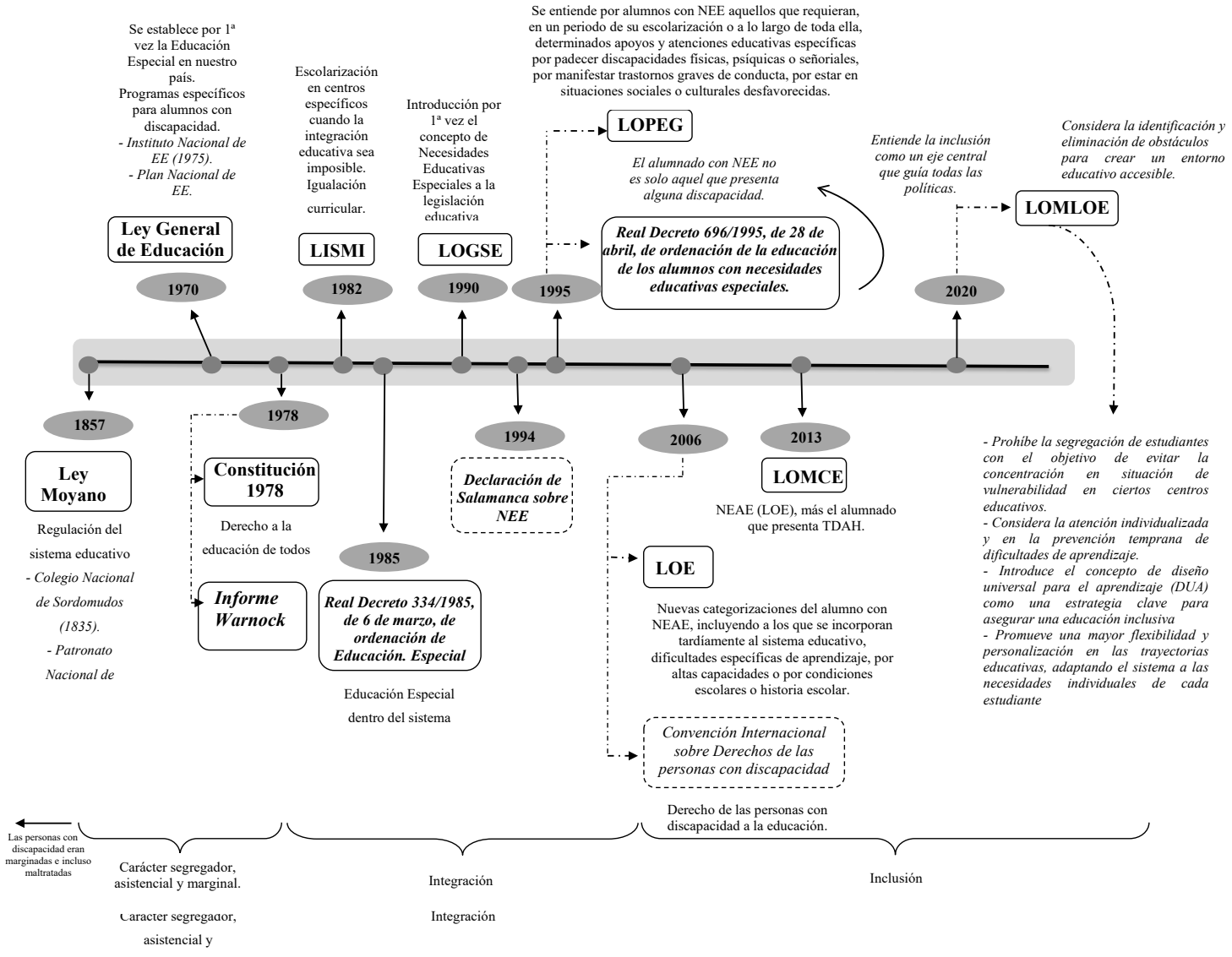
La educación inclusiva se apoya en que la educación conforma un derecho humano fundamental recogido en la Convención sobre los Derechos del Niño (Unicef, 2006). Asimismo, la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006) determina la obligación de que los diferentes estados vigilen el cumplimiento de una educación inclusiva, a partir de ajustes razonables y ofreciendo los apoyos y los recursos necesarios con los que proporcionar una atención educativa de calidad y de excelencia. La Unesco (2009) define la educación inclusiva como un proceso dirigido a responder a la diversidad de necesidades de cada estudiante a través de una participación en los procesos de enseñanza-aprendizaje.

En España, la atención educativa a las personas con discapacidad ha experimentado una transformación importante en el último siglo, debido a los cambios sociales, políticos y pedagógicos, La Ley Moyano (1857) supuso una revolución ya que organizó el sistema educativo, teniendo en cuenta a las personas con discapacidad solamente desde una perspectiva segregadora y asistencial. En la Figura 1 se muestra la evolución progresiva de la educación especial en España, hasta hoy, que aun no siendo el mejor, sí que se considera el sistema educativo más inclusivo. La educación, en cuanto a discapacidad se refiere, ha transitado desde un enfoque médico-rehabilitador hacia un modelo educativo y social fundamentado en los derechos, la equidad y la atención a la diversidad, incorporando progresivamente principios como la normalización, la escolarización en centros ordinarios y la provisión de apoyos específicos en contextos inclusivos.

Actualmente, la Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOMLOE, 2020), asume la educación inclusiva como un eje fundamental en la enseñanza básica, mostrando un compromiso decidido con la Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible y la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad. Fortalece el compromiso con la educación inclusiva, introduciendo varios aspectos fundamentales en el ámbito de la atención a la diversidad y la inclusión educativa:

Figura 1

Evolución de la Educación Especial en España



Por tanto, la atención a las personas con discapacidad ha experimentado una transformación socioeducativa muy relevante que se resume en tres etapas (Tabla 1).

Tabla 1

Etapas en la transformación socioeducativa de la discapacidad

Modelo	Enfoque Principal	Concepción de la Diferencia
Médico / Rehabilitador	Centrado en el déficit y la *normalización*.	La diferencia es un problema o disfuncionalidad para corregir.
Integración	Incorporación del alumnado con discapacidad en aulas ordinarias.	El estudiante debe esforzarse por adaptarse al sistema existente.
Inclusión	Transformación del sistema para responder a todos.	La diversidad es inherente al ser humano y un valor educativo.

ROLES Y FUNCIONES

La atención educativa del alumnado, tanto en centros ordinarios como en centros específicos de educación especial, exige una intervención socioeducativa integral que no puede sostenerse desde un único perfil profesional. Se trata de un trabajo necesariamente interdisciplinar, donde profesorado, orientación, dirección y distintos profesionales de apoyo actúan complementariamente. En la región, junto a los servicios de orientación y la comunidad educativa, cobran especial relevancia figuras como el Auxiliar Técnico Educativo (ATE), la enfermera escolar y el Coordinador de Bienestar y Protección, cuya actuación resulta clave para garantizar inclusión, bienestar, accesibilidad y participación del alumnado con mayores necesidades de apoyo, en coherencia con el marco normativo estatal y autonómico.

En este sistema, el trabajador social integra la dimensión familiar, social y comunitaria en la respuesta educativa, reduce barreras de acceso a derechos y recursos, y coordina actuaciones cuando la situación del menor supera el

perímetro del aula y requiere intervención interinstitucional. Su rol se define por ordenar, traducir y articular apoyos: convertir necesidades en itinerarios viables, con responsabilidades claras, seguimiento y evaluación.

Posicionamiento profesional: el trabajador social como "nodo socioeducativo"

La intervención del trabajador social en el contexto educativo se orienta a:

- Garantizar el derecho a la educación en condiciones de equidad, accesibilidad y no discriminación.
- Identificar y disminuir barreras sociales que interfieren en el aprendizaje, la asistencia o la participación.
- Fortalecer factores protectores y activar apoyos cuando existan factores de riesgo.
- Coordinar respuestas cuando el caso requiere intervención fuera del centro.

Funciones nucleares del trabajador social en el centro educativo

- El trabajador social participa en la detección temprana (absentismo, señales de malestar, pobreza oculta, conflictos familiares, violencia, barreras por discapacidad, brecha digital, etc.), clarifica la demanda y realiza una priorización según urgencia y riesgo.
- Su valoración es un análisis funcional: qué factores están interfiriendo, qué apoyos faltan y qué recursos pueden activarse. Incluye:

    - estructura y dinámica familiar, rutinas, supervisión y apoyos;
    - condiciones materiales (vivienda, alimentación, estabilidad, recursos);
    - red social y comunitaria;
    - eventos críticos (duelos, separaciones, migración, violencia);
    - barreras culturales o lingüísticas;
    - necesidades de apoyo asociadas a discapacidad o salud.

- El trabajador social contribuye a formular un plan socioeducativo con objetivos operativos, acciones, responsables y plazos. El seguimiento es clave, hay que acompañar la implementación, revisar obstáculos, ajustar medidas y cerrar cuando haya estabilidad suficiente y red activada.
- Intervención con familias es favorecer la participación familiar, reducir resistencias y mejorar la alianza familia–centro. Incluye orientación sobre derechos, trámites, apoyos, rutinas educativas, habilidades parentales básicas, mediación comunicativa con el centro y acompañamiento en situaciones de estrés o conflicto. El trabajador social escolar no sustituye recursos terapéuticos ni judiciales, pero facilita el acceso y la coordinación.
- Cuando hay riesgo social, desprotección, absentismo persistente, violencia, problemas graves de salud, pobreza severa o necesidad de apoyos especializados, el trabajador social articula coordinación con servicios sociales municipales, salud, servicios de protección a la infancia y entidades del tercer sector.
- Además del caso individual, puede impulsar acciones preventivas: escuela de familias, talleres de competencias parentales, prevención de absentismo, alfabetización digital, convivencia y participación, coordinación con recursos del barrio y creación de redes de apoyo.

Coordinación con perfiles clave del entorno escolar

La intervención socioeducativa integral se concreta en la coordinación funcional con perfiles que sostienen apoyos cotidianos y protocolos de bienestar y protección. En Murcia, esta coordinación resulta particularmente relevante con el ATE y el Coordinador de Bienestar y Protección.

La relación con el trabajador social es estratégica en casos que exigen intervención interinstitucional. El Coordinador actúa como enlace interno del centro, garantizando respuesta coherente, rápida y ajustada a protocolos y el trabajador social aporta conocimiento del sistema de protección, recursos sociales

y trabajo con familia, liderando derivaciones, seguimiento y coordinación con servicios externos.

Para desempeñar estas funciones, el trabajador social requiere competencias técnicas y relacionales:

- Entrevista sociofamiliar y construcción de alianza
- Evaluación de riesgo y protección
- Mediación y comunicación
- Trabajo en red
- Gestión documental y seguridad jurídica
- Perspectiva inclusiva

SISTEMA DE PROTECCIÓN: RECURSOS, SERVICIOS Y PRESTACIONES

El sistema de protección y apoyo en el ámbito educativo integra un conjunto de recursos, servicios y prestaciones orientados a garantizar el derecho a la educación en condiciones de equidad, prevenir la exclusión y asegurar el bienestar del alumnado, especialmente de quienes presentan mayores necesidades de apoyo por motivos sociales, familiares, de salud o discapacidad. Desde una perspectiva de Trabajo Social, este sistema se entiende como una red interconectada: el impacto real no depende de la existencia aislada de un recurso, sino de la capacidad del centro y de los profesionales para activar apoyos adecuados, coordinar agentes y sostener itinerarios de intervención y seguimiento.

A efectos operativos, puede ordenarse en tres bloques: (1) recursos y servicios educativos, (2) prestaciones económicas, y (3) red de orientación educativa y socioeducativa, entendida como soporte técnico para la respuesta a la diversidad y para la intervención ante situaciones de riesgo.

Recursos y servicios educativos

Son recursos que facilitan la asistencia y permanencia del alumnado en el sistema educativo, reduciendo barreras. Entre los más habituales se encuentran:

- Comedores escolares, como medida de apoyo alimentario y de conciliación.
- Transporte escolar, especialmente relevante en zonas dispersas o con lejanía al centro.
- Aulas matinales y servicios de acogida, orientados a compatibilizar tiempos familiares y laborales y evitar ausencias derivadas de dificultades de organización doméstica.

Desde la intervención social, estos servicios son especialmente pertinentes cuando existen dificultades económicas, horarios incompatibles, cuidado de hermanos, monoparentalidad o falta de red de apoyo, ya que actúan como medidas preventivas frente al absentismo y el desenganche.

Atención a la diversidad y necesidades específicas de apoyo educativo (NEAE/NEE)

Este bloque incluye recursos personales, organizativos y materiales destinados a garantizar una respuesta educativa inclusiva:

- PT (Pedagogía Terapéutica) y AL (Audición y Lenguaje)
- Mediación cultural y lingüística cuando existan barreras comunicativas o culturales.
- Adaptaciones metodológicas y organizativas y, cuando proceda, adaptaciones curriculares.
- Recursos materiales específicos.

Desde una perspectiva socioeducativa, la atención a la diversidad no se reduce a apoyos pedagógicos, requiere asegurar condiciones de participación, autonomía y pertenencia en la vida escolar.

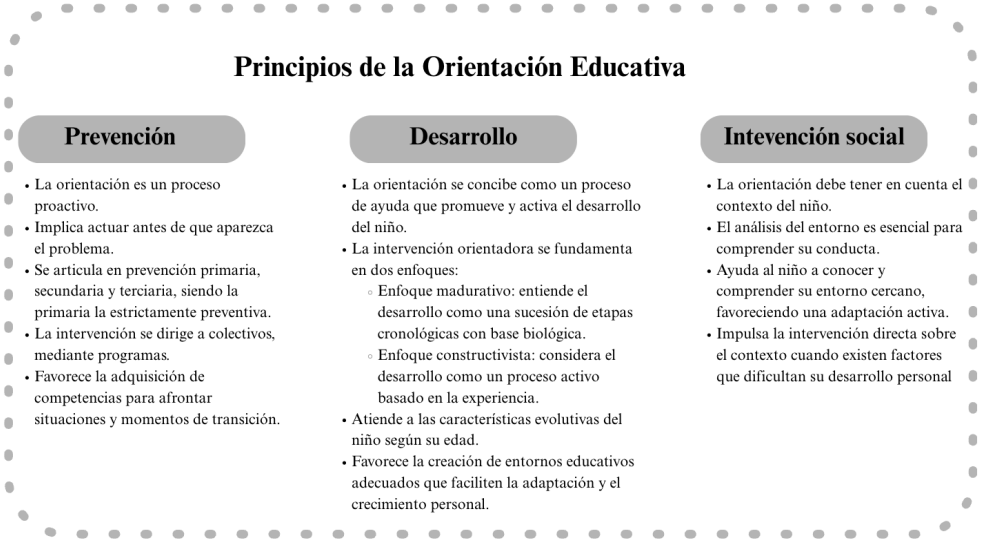
Prestaciones Económicas

- Becas y Ayudas al Estudio
- Becas de Comedor y Transporte
- Ayudas para Educación Especial
- Prevención e Inserción Social
- Apoyo a la Unidad Convivencial: Acompañamiento a las familias para asegurar las condiciones óptimas de escolarización del menor.
- Igualdad de Oportunidades: Asegurar que el nivel socioeconómico no sea un impedimento para el éxito educativo.

Orientación educativa

La orientación educativa es un proceso de acción continuo, dinámico, integral e integrador, dirigido a todas las personas, en todos los ámbitos, facetas y contextos a lo largo de todo su ciclo vital, y con un carácter fundamentalmente social y educativo. Esta concepción parte de una postura holística, comprensiva, ecológica, crítica y reflexiva; y enfatizamos que no sólo debe ayudar, sino también mediar, interrelacionar y facilitar distintos procesos de transformación y/o cambio social.

En la actualidad, los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica (EOEP) en los centros de Educación Infantil y Primaria junto con los Departamentos de



Orientación de los centros de Educación Secundaria constituyen una red especializada de apoyo a los centros, gestionada por las administraciones educativas autonómicas. Su finalidad principal es ofrecer asesoramiento psicopedagógico y apoyar la respuesta educativa a la diversidad, garantizando la equidad, la inclusión y el progreso del alumnado.

Entre las funciones que habitualmente desarrollan los EOEP y los Departamentos de Orientación destacan el apoyo directo a los centros a través del profesional de referencia, la participación en los procesos de escolarización del alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo mediante la emisión de dictámenes psicopedagógicos, el asesoramiento curricular y organizativo al profesorado, la coordinación entre etapas educativas y la colaboración con los servicios sociales y sanitarios. Esta última función resulta especialmente relevante desde una perspectiva socioeducativa, al permitir una atención integral al alumnado y sus familias.

Tanto los equipos cómo los departamentos están integrados por profesionales de perfiles diversos: psicólogos, pedagogos, psicopedagogos, maestros de Audición y Lenguaje, fisioterapeutas y Profesores de Servicios a la Comunidad, lo que exige una actuación coordinada y una cultura de trabajo colaborativo que evite solapamientos y optimice los recursos disponibles.

Los Equipos Específicos constituyen un recurso especializado de carácter regional que complementa la labor de los EOEP generales y de los Departamentos de Orientación en Educación Secundaria cuya especialización de tareas y profesionales es mayor. Su ámbito de actuación es más amplio, tanto desde el punto de vista territorial como en cuanto a las etapas educativas atendidas, abarcando desde Educación Infantil hasta las enseñanzas postobligatorias. Estos equipos intervienen en áreas específicas como las altas capacidades intelectuales, los trastornos del espectro autista y otros trastornos graves del desarrollo, la convivencia escolar, las dificultades específicas de aprendizaje, la discapacidad auditiva, visual o motora, así como en contextos

singulares como la atención educativa hospitalaria y domiciliaria o la Unidad Terapéutica Educativa (UTE) cómo se muestra en la Tabla 3.

Tabla 3

Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica y sus funciones en la Región de Murcia

Ámbito de actuación	**Equipo**	**Funciones principales**
Educación Infantil y Primaria (centros sostenidos con fondos públicos)	Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica de Sector (EOEP)	Apoyo directo a los centros educativos; evaluación psicopedagógica del alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo; emisión de dictámenes de escolarización; asesoramiento curricular y organizativo al profesorado; coordinación entre centros y etapas educativas; colaboración con servicios sociales y sanitarios; orientación y apoyo a las familias.
Primer ciclo de Educación Infantil (0-3 años)	Equipos de Atención Temprana (EAT)	Detección precoz de situaciones de riesgo personal, social o familiar; evaluación inicial del desarrollo; intervención temprana con el alumnado; asesoramiento y orientación a las familias; coordinación con centros educativos, EOEP y servicios sociosanitarios; prevención de dificultades del desarrollo.
Centros de Educación, Secundaria	Departamentos de Orientación	Orientación psicopedagógica del alumnado. Evaluación psicopedagógica y elaboración de informes y dictámenes Asesoramiento al profesorado en atención a la diversidad y medidas inclusivas. Coordinación y apoyo al Plan de Acción Tutorial. Orientación académica y profesional del alumnado. Asesoramiento y colaboración con las familias. Prevención y detección temprana de dificultades de aprendizaje y convivencia. Apoyo a la mejora de la convivencia escolar.
Regional	Equipo Específico de Altas Capacidades Intelectuales	Identificación y evaluación del alumnado con altas capacidades; orientación sobre modalidades de escolarización y respuesta educativa; asesoramiento curricular (enriquecimiento, ampliación o flexibilización); orientación y apoyo a las familias; formación del profesorado.

Equipo Específico de Autismo y Otros Trastornos Graves del Desarrollo	Evaluación psicopedagógica especializada; orientación sobre adaptaciones curriculares y metodológicas; asesoramiento en sistemas de comunicación y apoyo conductual; coordinación con servicios sanitarios y sociales; apoyo y orientación a las familias.
Equipo Específico de Convivencia Escolar	Análisis del clima escolar; prevención y abordaje de conflictos; asesoramiento al profesorado en gestión de la convivencia; diseño de programas de mediación y prevención; coordinación con orientación educativa y servicios sociales en casos complejos.
Equipo Específico de Dificultades Específicas de Aprendizaje (DEA)	Evaluación especializada de dificultades específicas de aprendizaje; orientación metodológica al profesorado; propuestas de adaptación de materiales y evaluación; seguimiento de las medidas adoptadas; asesoramiento a familias.
Equipo Específico de Discapacidad Auditiva	Evaluación audiológica y psicopedagógica; orientación sobre recursos comunicativos y metodologías inclusivas; asesoramiento al profesorado; coordinación con servicios sanitarios y logopedas; apoyo a las familias.
Equipo Específico de Discapacidad Motora	Evaluación de necesidades físicas y educativas; orientación sobre adaptaciones de acceso y curriculares; asesoramiento a los centros sobre accesibilidad; coordinación con profesionales sanitarios; seguimiento del alumnado.
Equipo Específico de Discapacidad Visual	Evaluación funcional de la discapacidad visual; orientación sobre adaptación de materiales y recursos específicos; asesoramiento al profesorado; coordinación con entidades especializadas; apoyo a las familias.
Equipo de Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria	Garantizar la continuidad educativa del alumnado hospitalizado o convaleciente; coordinación entre centro educativo y entorno hospitalario; adaptación curricular y evaluativa; apoyo socioemocional al alumnado y a las familias.
Unidad Terapéutica Educativa (UTE)	Atención educativa y terapéutica intensiva; intervención multidisciplinar; coordinación con centros educativos, familias y servicios sociosanitarios; seguimiento

	continuado; apoyo a la reintegración educativa cuando sea posible.

Aulas Abiertas Especializadas, red centros de Educación Especial y centros de recursos

Las *Aulas Abiertas Especializadas* son unidades que dan una respuesta educativa dirigida al alumnado con necesidades educativas especiales de carácter permanente, asociadas principalmente a discapacidad intelectual, trastornos del desarrollo o plurideficiencia, que requieren adaptaciones curriculares muy significativas y apoyos intensivos para su desarrollo personal, social y educativo.

La escolarización en Aula Abierta se determina tras un proceso de evaluación psicopedagógica y la emisión del correspondiente dictamen de escolarización por parte de los servicios de orientación educativa, atendiendo siempre al principio del interés superior del menor y a la necesidad de ofrecer la respuesta más ajustada a su situación personal y social.

Centros de Educación Especial

Los *Centros de Educación Especial* (CEE) son aquellos centros donde el alumnado escolarizado presenta necesidades educativas especiales asociadas a discapacidad intelectual, motora, sensorial, trastornos del espectro autista u otras condiciones que requieren apoyos intensivos y especializados. No obstante, la legislación subraya que estos centros no deben entenderse como estructuras aisladas, sino como recursos especializados al servicio del sistema educativo, en coordinación con los centros ordinarios y los servicios de orientación educativa (Resolución de 18 de febrero de 2022).

La intervención socioeducativa en los CEE se plantea desde un carácter multidimensional al atender de forma integrada las dimensiones educativas, personales, familiares y sociales del alumnado. En este marco, el trabajador o trabajadora social, que forma parte de la plantilla del centro, desempeña un rol esencial en la detección de situaciones de vulnerabilidad social, el

acompañamiento a las familias, la mediación con recursos comunitarios y la coordinación interinstitucional, y busca favorecer procesos de inclusión social y educativa más ajustados a la realidad del alumnado.

Atención hospitalaria y domiciliaria

La atención hospitalaria se articula a través de dos modalidades complementarias, la primera es la atención educativa hospitalaria, es decir la que se desarrolla en aulas hospitalarias integradas en los centros sanitarios; las segunda, la atención educativa domiciliaria, dirigida al alumnado que, previa prescripción facultativa, debe permanecer en su domicilio por un periodo prolongado (Orden de 23 de mayo de 2012, arts. 5, 6 y 18). Las dos modalidades tienen como objetivo asegurar que el alumnado pueda continuar con su aprendizaje, evitar que se quede atrás y atender no solo sus necesidades académicas, sino también las personales, sociales y emocionales.

En este marco, el equipo de atención educativa hospitalaria y domiciliaria es el encargado de coordinar todas estas actuaciones. Su función es facilitar la comunicación y el trabajo conjunto entre el centro educativo, el profesorado, los servicios sanitarios y las familias (Orden de 23 de mayo de 2012, Título IV). Esta coordinación es especialmente importante cuando se trata de alumnado con discapacidad o con necesidades educativas especiales relacionadas con enfermedades crónicas o situaciones de vulnerabilidad.

Desde la intervención social, el trabajador social desempeña un papel fundamental en el acompañamiento integral del alumnado con discapacidad y de sus familias. Su labor incluye valorar la situación social y familiar, detectar posibles riesgos psicosociales, mediar entre los sistemas educativo, sanitario y social, y facilitar el acceso a recursos y ayudas complementarias. Además, contribuye a prevenir el aislamiento social, ofrecer apoyo emocional a las familias y preparar la vuelta progresiva del alumnado a su centro educativo, en línea con los principios de normalización e inclusión establecidos en la normativa (Orden de 23 de mayo de 2012, arts. 2 y 3; Decreto 359/2009).

Atención temprana

La atención temprana en el contexto educativo español se entiende como el conjunto de intervenciones dirigidas a niños de 0 a 6 años, orientadas a potenciar su desarrollo y prevenir dificultades futuras mediante una coordinación interprofesional. Investigaciones recientes destacan su carácter educativo, inclusivo y preventivo. Gutiérrez-Ortega et al. (2022) subrayan que implica la colaboración entre docentes y servicios especializados para responder de forma integral a las necesidades infantiles. Robles-Bello, Muela-Martínez y Sánchez-Teruel (2023) la describen como una disciplina biopsicosocial que favorece el desarrollo óptimo y la participación plena del niño en su entorno.

Desde una mirada socioeducativa, la ley reconoce de forma clara la importancia de los servicios sociales en todas las etapas de la atención temprana. Les asigna funciones clave como prevenir posibles dificultades, apoyar y orientar a las familias, detectar situaciones de riesgo social y actuar cuando existan factores que puedan afectar al desarrollo del menor (art. 9). En este contexto, el trabajador social tiene un papel fundamental: es la persona de referencia para valorar la situación familiar y social, gestionar el expediente de atención temprana y coordinarse con los recursos comunitarios y especializados.

La labor socioeducativa del trabajador social se lleva a cabo principalmente a través del Servicio de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (SEDIAT), que funciona en los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT) de la Red Pública de Servicios Sociales. En estos centros se ofrece orientación y apoyo a las familias, se interviene en el entorno del menor y se trabaja de forma coordinada con los sistemas educativo y sanitario (arts. 9, 14 y 15). Esta intervención es especialmente importante en situaciones de discapacidad o riesgo psicosocial, donde el acompañamiento a la familia y la mediación socioeducativa son esenciales para asegurar la continuidad y la eficacia del Plan Individual de Atención Temprana (PIAT).

Asimismo, la normativa subraya la obligación de coordinación interinstitucional, estableciendo mecanismos formales de cooperación entre profesionales y la

creación de órganos específicos como la Comisión Regional de Coordinación en Atención Temprana y la Comisión Técnica de Atención Temprana, en las que se integran representantes de los ámbitos educativo, sanitario y social (arts. 8, 18 y 19). En este entramado, el trabajador social contribuye a evitar la fragmentación de las intervenciones, asegurando una respuesta integral, continuada y ajustada a las necesidades del menor y su familia.

Figura 2.

Guía de Programas para la Educación Inclusiva en la Región de Murcia



Desde la perspectiva de la intervención socioeducativa, el trabajador social desempeña un papel clave en la valoración de los factores sociales asociados a situaciones de absentismo y abandono educativo temprano del alumnado con discapacidad. Su intervención se orienta a la mediación con las familias, la coordinación con los servicios sociales y comunitarios y la eliminación de barreras sociales que dificultan el acceso, la participación y la continuidad en el proceso educativo. De este modo, la actuación conjunta del PRAE y el PROA evidencia la necesidad de integrar la intervención educativa y social para promover una

educación inclusiva, equitativa y ajustada a las necesidades del alumnado con discapacidad.

Plan de aprendizaje personalizado

Los Planes de Aprendizaje Personalizados (PAP) constituyen en el sistema educativo de la Región de Murcia un instrumento fundamental para garantizar una respuesta educativa ajustada a las necesidades del alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo, incluidas aquellas derivadas de discapacidad, dificultades de aprendizaje o situaciones de vulnerabilidad social. Debe entenderse como un proceso planificado de intervención integral, en el que confluyen actuaciones educativas, orientadoras y sociales.

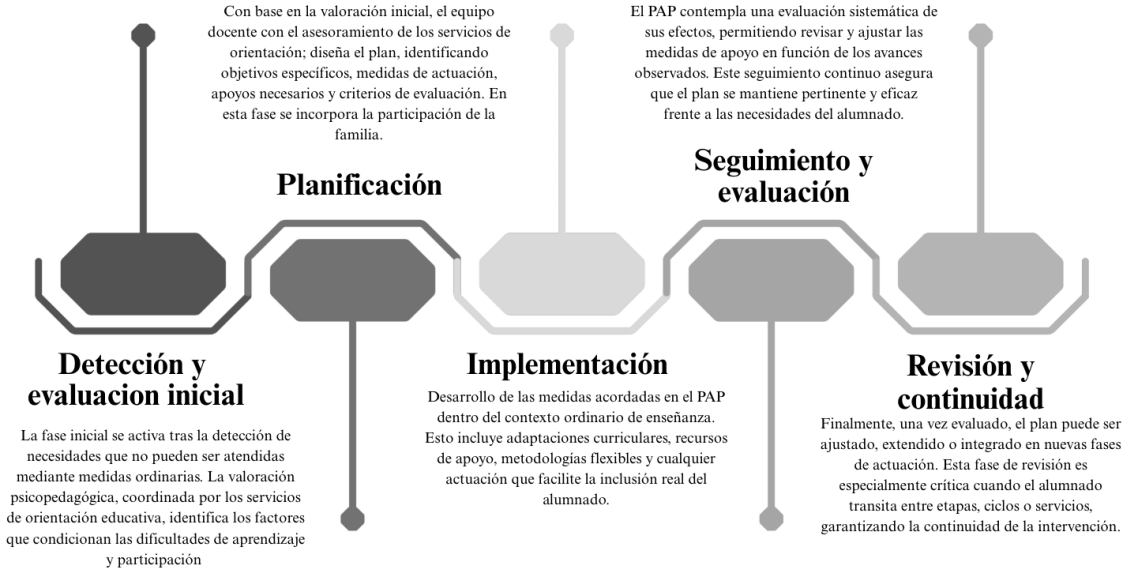
El PAP se elabora tras la detección de necesidades educativas que no pueden ser atendidas exclusivamente mediante medidas ordinarias, y que su diseño debe basarse en la información procedente de la evaluación psicopedagógica, el análisis del contexto educativo y la colaboración con la familia. Desde la perspectiva socioeducativa, el PAP representa un documento dinámico y participado que articula:

- La identificación de las barreras para el aprendizaje y la participación.
- La planificación de apoyos y adaptaciones estructuradas.
- La coordinación entre profesionales educativos y socioeducativos.
- El seguimiento evaluativo continuo y la revisión de las medidas adoptadas.

Este proceso es especialmente relevante cuando se trata de alumnado con discapacidad, dado que las respuestas educativas deben contemplar tanto la dimensión pedagógica como los factores personales, familiares y sociales que inciden en su inclusión educativa. Una forma útil de comprender la naturaleza compleja del PAP es a través de la línea temporal de sus fases, diseñada para asegurar que la intervención se despliega de manera progresiva, coherente y evaluable cómo se muestra en la Figura 3.

Figura 3

Desarrollo del PAP según la Resolución de 20 de noviembre de 2023



El enfoque socioeducativo que subyace a los PA exige una seria cooperación interprofesional. El trabajador social, como profesional experto en contextos familiares, comunitarios y recursos de apoyo, desempeña un papel determinante en varias fases del proceso:

- Valoración contextual: realiza la valoración del entorno familiar y comunitario que puede influir en las dificultades de aprendizaje y participación.
- Mediación y coordinación: facilita la comunicación entre la familia, los equipos educativos y los servicios sociales, sanitarios o comunitarios, favoreciendo una intervención integrada.
- Acceso a recursos: orienta a las familias en el acceso a prestaciones, recursos y apoyos sociales que complementan las medidas educativas del PAP.
- Seguimiento socioeducativo: acompaña el proceso evaluativo continuo, manteniendo el hilo entre lo educativo y lo social, de modo que las medidas del plan respondan también a las condiciones sociales del alumnado y su familia.

EJEMPLOS DE PROCESOS DE INTERVENCIÓN SOCIOEDUCATIVA

El caso se centra en una alumna de 14 años, escolarizada en 3º de ESO, con diagnóstico de TEA nivel 2, es decir, que requiere apoyo sustancial.

Para situarnos, estamos en un centro ordinario. Las aulas del último ciclo se encuentran en la segunda planta; el edificio dispone de ascensor, y en la planta baja se ubican oficinas y laboratorios. Esto es relevante porque, aunque no hay barreras físicas importantes, sí debemos considerar aspectos de transiciones, rutinas, sobrecarga sensorial y anticipación, muy vinculados al TEA.

Valoración Social

En el ámbito personal y familiar, la alumna acude dos tardes por semana a terapia externa. Esto limita su tiempo de estudio y, especialmente en periodos de exámenes, se observa un impacto directo: bajan las notas y aparece ansiedad y estrés.

En el contexto familiar, ambos progenitores trabajan: el padre tiene horario de mañana y dos tardes; la madre jornada intensiva. Esto suele traducirse en disponibilidad limitada para supervisión diaria, aunque existe estabilidad laboral y, por tanto, un factor protector a nivel de estructura y recursos.

Con esta valoración inicial, identificamos factores clave:

- Riesgos: picos de ansiedad en evaluación, tiempo de estudio reducido, alta demanda organizativa en 3º ESO, posible saturación en transiciones y carga social.
- Protecciones**:** diagnóstico conocido, terapia en marcha, centro accesible, familia estable y potencialmente colaboradora si el plan es realista.

Diagnóstico social

Hipótesis diagnóstica social: La alumna presenta necesidades específicas de apoyo educativo asociadas a TEA nivel 2 que, en el contexto de 3º ESO (alta exigencia organizativa y evaluativa), se traducen en:

- Dificultades de adaptación al formato de evaluación (exámenes) y a la presión temporal → incremento de ansiedad y estrés.
- Limitaciones contextuales de tiempo de estudio por terapia vespertina, con impacto en rendimiento y bienestar.
- Riesgo de exclusión parcial en dinámica de aula si no se facilitan apoyos estructurados (anticipación, comunicación clara, apoyos visuales, mediación social).
- Necesidad de coordinación entre centro–familia–terapia para coherencia de rutinas, ajustes razonables y plan de apoyo emocional.

Necesidades detectadas (priorizadas)

- Autorregulación emocional y manejo de ansiedad en periodos de evaluación.
- Ajustes metodológicos y de evaluación (accesibilidad cognitiva, tiempos, formato, entorno).
- Apoyo a funciones ejecutivas: planificación, organización del estudio, priorización y fragmentación de tareas.
- Estructuración de transiciones y espacios para reducir sobrecarga (rutas, tiempos, lugares seguros).
- Comunicación y coordinación sistemática con familia y terapeuta externo.
- Seguimiento de *participación social y prevención de aislamiento/acoso.*

Factores de protección

- Diagnóstico conocido (facilita planificación).
- Terapia externa (intervención ya iniciada).
- Centro con accesibilidad (ascensor) y estructura organizativa potencial para apoyos.

- Familia con estabilidad laboral (posible soporte material) y previsibilidad de horarios.

Plan de intervención y Coordinación interprofesional

La intervención socioeducativa en personas con discapacidad requiere la articulación de enfoques pedagógicos inclusivos, modelos de intervención basados en la evidencia y una coordinación efectiva entre los distintos agentes educativos, sociales y familiares. En este marco, los procesos de intervención no pueden entenderse como actuaciones aisladas, sino como estrategias integrales orientadas a garantizar el derecho a una educación equitativa, accesible y ajustada a la diversidad de necesidades del alumnado.

Uno de los enfoques de referencia en la intervención educativa inclusiva es el *Diseño Universal para el Aprendizaje (DUA)*, fundamentado en los avances de la neurociencia aplicada a la educación. El DUA parte de la premisa de que la diversidad es la norma y no la excepción, y propone diseñar los contextos de enseñanza desde el inicio para que sean accesibles a todo el alumnado. Este enfoque se estructura en tres principios básicos: la provisión de múltiples formas de representación de la información, que permite atender a las diferentes formas de percibir y comprender; múltiples formas de acción y expresión, que posibilitan que el alumnado demuestre su aprendizaje por distintos medios; y múltiples formas de implicación, orientadas a fomentar la motivación, la autonomía y el compromiso emocional con el aprendizaje. Desde una perspectiva socioeducativa, el DUA contribuye a reducir barreras contextuales y a prevenir situaciones de exclusión, especialmente relevantes en el alumnado con discapacidad o necesidades específicas de apoyo educativo (Figura 4).

Figura 4.

Pautas de Diseño Universal para el Aprendizaje



Fuente: https://www.oninclusion.es/pautas-de-diseno-universal-para-el-aprendizaje/

Complementariamente, la *co-docencia* se configura como una estrategia organizativa clave para el desarrollo de prácticas inclusivas dentro del aula ordinaria. La docencia compartida implica la colaboración de dos o más profesionales (docentes, especialistas de apoyo u orientadores) que planifican, desarrollan y evalúan conjuntamente la intervención, facilitando una respuesta más ajustada a las necesidades personales, familiares y contextuales del alumnado con discapacidad.

La intervención socioeducativa debe, asimismo, adaptarse a las distintas *realidades de diversidad funcional,* entendida esta como una forma de reconocer la pluralidad de funcionamientos humanos sin reducirlos a un déficit. En el alumnado con trastorno del espectro autista, la intervención prioriza la

previsibilidad, el uso de apoyos visuales, la comunicación funcional y la coordinación con las familias.

Con esto, el objetivo general que nos planteamos es el de garantizar la inclusión, el progreso académico y el bienestar socioemocional de la alumna con TEA nivel 2 en 3º ESO mediante apoyos sustanciales, ajustes razonables y coordinación con familia y recursos externos.

Los objetivos específicos en los que nos centraremos serán:

1. Reducir en un 30–40% los indicadores de ansiedad escolar en semanas de evaluación (registro breve + observación).
2. Mejorar la entrega de tareas (al menos 80% en fecha) mediante un sistema de planificación visual y tutoría.
3. Aumentar el rendimiento en pruebas asegurando accesibilidad (tiempo extra, formato adaptado), evitando descensos bruscos en periodos de exámenes.
4. Mantener participación social mínima: al menos 1 actividad estructurada semanal con iguales (tutoría, grupo, aula, proyecto) sin incidentes de estrés severo.
5. Establecer un canal de coordinación familia–centro con respuesta en 48h y reuniones periódicas.

Evaluación

Para medir el grado de consecución de los objetivos que se han planteado para la intervención se establecen los indicadores:

- Académicos: porcentaje de tareas entregadas, estabilidad de notas en semanas de exámenes, número de pruebas completadas sin bloqueo.
- Emocionales: escala breve de ansiedad antes/durante exámenes, número de episodios de desregulación y tiempo de recuperación, uso del espacio seguro.

- Sociales: participación estructurada con iguales, observaciones en recreos/transiciones, percepción de pertenencia.
- Familia–centro**:** regularidad de comunicación y adherencia a rutinas pactadas.

Criterio de éxito: reducción de ansiedad en evaluación y mejora de rendimiento sin incrementar sobrecarga, con progresiva autonomía en organización.

En resumen, este caso se aborda desde orientación con un enfoque de ajustes razonables, accesibilidad, apoyo emocional y coordinación, entendiendo que el rendimiento académico no se separa del bienestar. La clave no es solo “adaptar un examen”, sino diseñar un entorno y unas rutinas que reduzcan incertidumbre y aumenten control, que es lo que más protege a la alumna en momentos de alta demanda como los exámenes.

BIBLIOGRAFÍA (APA 7ª EDICIÓN)

Arnaiz, P., & Caballero, C. M. (2020). Estudio de las Aulas Abiertas Especializadas como Medida Específica de Atención a la Diversidad. *Revista Internacional de Educación para la Justicia Social*, *9*(1).

Consejería de Educación, Formación Profesional y Empleo de la Región de Murcia. (s. f.). *Atención a la diversidad y orientación educativa*. https://www.carm.es

Consejería de Educación y Cultura de la Región de Murcia. (2023). Resolución de 20 de noviembre de 2023, de la Dirección General de Atención a la Diversidad, por la que se dictan instrucciones para la elaboración de los Planes de Actuación Personalizados destinados al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo. Boletín Oficial de la Región de Murcia.

Consejería de Educación y Formación Profesional de la Región de Murcia. (2025). *Orden de 31 de enero de 2025 por la que se regula el Programa Regional de Prevención e Intervención en Absentismo Escolar y Reducción del Abandono Educativo Temprano (PRAE) en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia*. Boletín Oficial de la Región de Murcia.

Decreto 359/2009, de 30 de octubre, por el que se establece y regula la respuesta educativa a la diversidad del alumnado en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* (BORM), nº 254, de 3 de noviembre de 2009.

Díaz López, C., & Pinto Loría, M. D. L. (2017). Vulnerabilidad educativa: Un estudio desde el paradigma socio crítico. *Praxis educativa*, *21*(1), 46-54.

Ferreras-Listán, M., Cejudo-Cortés, C. A., Corchuelo-Fernández, C., & Moreno-Crespo, P. (2025). *La intervención socioeducativa: Como prisma de la transformación social* (Vol. 74). Narcea Ediciones.

Gutiérrez-Ortega, M., Martín-Pérez, M., & Sanz-Cervera, P. (2022). *La atención temprana desde el ámbito educativo: retos y perspectivas actuales*. Revista de Educación Inclusiva, 15(2), 45–62.

Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. Boletín Oficial del Estado, *340*, 122868-122884.https://www.boe.es/eli/es/lo/2020/12/29/3/dof/spa/pdf

Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. *Boletín Oficial del Estado* (BOE), nº 106, de 4 de mayo de 2006.

Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de Educación (LOMLOE). *Boletín Oficial del Estado* (BOE), nº 340, de 30 de diciembre de 2020.

Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. *Boletín Oficial del Estado* (BOE), nº 134, de 5 de junio de 2021.

Ley 6/2021, de 23 de diciembre, por la que se regula la Atención Temprana en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* (BORM), nº 298, de 28 de diciembre de 2021.

Ley 6/2021, de 23 de diciembre, por la que se regula la intervención integral de la atención temprana en el ámbito de la Región de Murcia. Boletín Oficial de la Región de Murcia, nº 298, de 28 de diciembre de 2021.

Ley por la que se modifica la Ley 6/2021, de 23 de diciembre, de intervención integral de la atención temprana en la Región de Murcia. Boletín Oficial de la Región de Murcia.

Ministerio de Educación y Formación Profesional. (2021). *Programa de Cooperación Territorial para la orientación, avance y enriquecimiento educativo (#PROA+)*. Gobierno de España.

Melendro. M, & Rodríguez Bravo. e. (2021). *Intervención con infancia, adolescencia y juventud en dificultad social: Intervención educativa en contextos sociales* (Vol. 2330818). Editorial UNED.

Orden de 24 de noviembre de 2006, de la Consejería de Educación y Cultura, por la que se dictan instrucciones sobre el funcionamiento de los equipos de orientación educativa y psicopedagógica en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* (BORM).

Resolución de 6 de febrero de 2012, de la Dirección General de Planificación y Ordenación Educativa, por la que se dictan instrucciones sobre el alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo escolarizado en las etapas de Educación Infantil, Primaria y Secundaria, objeto de dictamen de escolarización por parte de los Servicios de Orientación. *BORM*.

Resolución de 18 de febrero de 2022, de la Dirección General de Formación Profesional e Innovación, por la que se dictan instrucciones en relación con los

criterios para la escolarización del alumnado con necesidades educativas especiales en la modalidad de aula abierta. *BORM*.

Robles-Bello, M. A., Muela-Martínez, J., & Sánchez-Teruel, D. (2023). *Avances recientes en atención temprana: una visión biopsicosocial del desarrollo infantil*. Infancia y Aprendizaje, 46(1), 89–104.

UNICEF. (2006). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Fondo de las Naciones Unidas

CAPÍTULO Nº 11

INTERVENCIÓN SOCIAL CON MINORÍAS ÉTNICAS, INMIGRANTES Y OTROS COLECTIVOS EN EXCLUSIÓN SOCIAL

JESÚS ADOLFO GUILLAMÓN AYALA Y BEATRIZ MARTÍNEZ PÉREZ

1. INTRODUCCIÓN

La desigualdad y la existencia de miembros de la comunidad con mayores dificultades para alcanzar una vida satisfactoria son realidades insuperables de la existencia humana. A poco que se reflexione, se ha de reconocer que la situación natural de partida de la humanidad es la carestía, que no hay más remedio que trabajar siempre por superarla y que la victoria frente a ella nunca llega a ser completa. Ontológicamente, no hay modo de superar la sensación de necesidad o la insatisfacción humana en términos absolutos. No obstante, es constatable la mejora de las condiciones de vida a lo largo de la historia. Nuestros semejantes de hace mil, quinientos o cincuenta años difícilmente pudieron imaginar las cotas de bienestar hoy alcanzadas[1]. Especialmente, desde la Revolución Industrial hasta nuestros días.

Suele darse por sentado que este hecho histórico fue el pistoletazo de salida para el aumento de las desigualdades y la pobreza. Efectivamente, la industrialización tuvo un conjunto de efectos negativos que hoy conocemos como

1 Es aceptado que el nivel de renta o la capacidad económica de los hogares no determina por sí solo la calidad de la vida en el mismo. Es uno de los elementos más importantes, pero no el único. En este sentido, tómese en cuenta que hay otros indicadores aceptados en este sentido por la comunidad científica como el Índice de Desarrollo Humano (IDH) del PNUD-ONU, que contemplan, además del económico, otros elementos como la esperanza de vida o la educación. Un recurso muy útil en este sentido es la publicación en línea *Our world in data*, de la Universidad de Oxford. Dirigida desde su fundación por Max Roser, lleva diez años acumulando y poniendo a disposición de la comunidad científica todos los datos posibles relacionados con la calidad de vida en todo el mundo y su evolución en los últimos dos siglos. Ver https://ourworldindata.org/.

"cuestión social", a la que la Política social trata de dar respuesta. Sin embargo, no se señala otra realidad igualmente demostrada, que el industrialismo capitalista de libre mercado ha mejorado las posibilidades materiales de la humanidad, incluyendo la incorporación de enormes cantidades de población rural al mundo del trabajo industrial, que percibían como una mejora de su situación vital, con una población mundial que se ha triplicado en los últimos cien años. Resulta engañoso fundir industrialismo capitalista de libre mercado y exclusión social, por un lado, y política social e inclusión social, por otro. Además de otros elementos, estos dos son característicos del estilo económico moderno que ha contribuido decisivamente al bienestar de las personas y a la reducción de la pobreza, gracias a su superioridad técnica, respecto a otros modos económicos pasados o contemporáneos. Y de ello ha derivado también un cambio de percepción sobre la exclusión, al pasar de ser aceptada naturalmente a combatida por injusta e intolerable, una vez que se juzga superable técnicamente y propia de la elevación moral, económica y política de las sociedades.

2. APROXIMACIÓN TEÓRICA-CONCEPTUAL

La política social original dio respuesta a la cuestión social de su tiempo, que fundamentalmente era cuestión obrera. Es decir, cómo remediar las consecuencias negativas de la Revolución Industrial sobre un nuevo sector de la población que se expandía velozmente, el de los trabajadores por cuenta ajena, respecto a su renta familiar, la seguridad en el trabajo, los periodos de desempleo, la salubridad de sus viviendas, etc. Con el paso del tiempo la política social fue ampliando su campo de acción, especializándose y adaptándose a las nuevas realidades sobre las que operaba, pues las desigualdades y las dificultades no tienen las mismas características bajo la influencia del fordismo, la expansión de la economía especulativa o en las sociedades postindustriales.

El Estado social ha de adaptar sus funciones de ayuda y control a las circunstancias del momento, si no quiere convertirse en una institución disfuncional. El repaso a los estudios disponibles sobre la realidad que enfrentan los sistemas de protección social nos habla de un mundo en el que el factor de inclusión más importante hasta ahora, el trabajo, sigue siendo fundamental, pero ha rebajado su importancia. La estructura poblacional ha cambiado, con una población envejecida y envejeciendo, un aumento de la población inmigrante y, por tanto, de la diversidad cultural de nuestras sociedades, junto al debilitamiento claro de los vínculos sociales, de diversa causa, que se refleja, por ejemplo, en hogares cada vez más pequeños (Subirats, 2007, pp. 7-16).

Como hemos dicho, la pobreza siempre ha existido, pero en nuestros días ha mutado hacia el concepto de exclusión social que, a su vez, ha ido cambiando sus formas (Sarasola et al., 2019, p. 83). A diferencia de la pobreza, centrada en la carencia material, hay acuerdo en que la exclusión social es un fenómeno multidimensional y dinámico. Individualmente, se suele describir como un proceso por el que algunas personas, desde su situación de partida, al acumular dificultades vitales en diferentes campos –económico, laboral, formativo, socio-sanitario, residencial, relacional y de participación o ciudadanía (Subirats, 2007, p. 21)– y según dan respuesta a las mismas, se mueven entre dos extremos, exclusión e inclusión, pasando por una amplia zona de vulnerabilidad, en la que el grado de fragilidad sitúa a la persona con mayor probabilidad de desplazarse hacia un lado u otro. En este sentido, dos parecen ser las dimensiones clave para inclinar la balanza (Cabrera et al., 2005, p. 13): la económico-laboral, que nos sirve para dar respuesta autónoma a las necesidades de la existencia; y la socio-relacional, que nos ha de proveer de una red de apoyo familiar y social.

Por ser la exclusión el resultado de la historia vivida por cada cual, en un contexto, su heterogeneidad y causas son tan variadas que no resulta adecuado hablar del colectivo de personas excluidas, sino más bien de colectivos excluidos difíciles de identificar entre sí, aunque tengan características comunes, hasta el punto de tomarlos como un elemento inherente a las sociedades de nuestro tiempo (Rodríguez & Clemente, 2020, p. 34).

2.1. Midiendo la exclusión social

Por todo lo anterior, supone un reto medir y definir quién está en exclusión social y quién no. El indicador que la Unión Europea toma como referencia es el AROPE –acrónimo de At Risk of Poverty and/or Exclusion–, si bien este debe complementarse con dimensiones que han ganado importancia en la última década, como la exclusión residencial y la exclusión digital, especialmente cuando la administración y los sistemas de protección están trasladando sus trámites a canales en línea (Alexopoulou, 2025, p. 136). Según este, se considera que alguien está en riesgo de pobreza y exclusión si se cumplen los criterios de al menos dos de los siguientes tres elementos:

- Riesgo de pobreza después de transferencias sociales. Es decir, después de haber recibido las prestaciones económicas que le correspondan por su situación. Para ello, la unidad de convivencia ha de tener ingresos por debajo del 60 % de la renta mediana de la población. Esta no es la media de todas las rentas, sino el valor que tiene por encima y por debajo a las dos mitades del resto de valores. Esta cifra varía notablemente entre las regiones de un país, yendo en España desde 23.264 € (País Vasco) hasta 14.981 € (Extremadura). También se puede aislar este dato para un grupo de edad, un nivel formativo o un género. A modo de ejemplo, la renta mediana en España fue de 18.316 €. Por tanto, en España, estará en riesgo de pobreza el hogar que tenga ingresos, después de transferencias, por debajo de los 10.989,6 €, con una horquilla que va desde 13.958 € en País Vasco hasta 8.988,6 en Extremadura (INE, 2024).
- Sufren carencia material severa las personas que viven en hogares donde no se cumplen al menos 4 de las siguientes condiciones: a) Poder ir de vacaciones al menos una semana al año; b) poder comer carne, pollo o pescado al menos cada dos días; c) poder mantener la vivienda con una temperatura adecuada; d) poder afrontar gastos imprevistos (de 650 euros); e) poder pagar sin retrasos los gastos de la vivienda principal (hipoteca o alquiler, suministros) o de compras a plazos, en los últimos 12

meses; f) poder disponer de un automóvil; g) poder disponer de teléfono; h) poder disponer de un televisor; i) poder disponer de una lavadora.

- Baja intensidad de trabajo. Se considera que un hogar cumple este criterio si el total de sus miembros hasta los 59 años ha trabajado menos del 20 % de su potencial en el último año, representando el 100 % el trabajo de todos a jornada completa durante los 12 meses del año.

Bajo estos criterios, la tasa de población en riesgo de pobreza y exclusión social es de 20,7 % (INE, 2024), con una gran variación dependiendo del rango de edad, nivel formativo, género, región, etc.

2.2. Transformaciones sociolaborales

Tradicionalmente, la obtención de empleo ha sido uno de los principales factores de inclusión social. Por un lado, proporciona un medio económico de vida, tanto en los periodos de actividad laboral como en los de desempleo, enfermedad o jubilación, en justa recompensa por las contribuciones satisfechas. Por el otro, contribuye al desarrollo personal y de las redes sociales de apoyo. Por ello, los gobiernos siempre han tenido como objetivo clásico la consecución del pleno empleo. Aunque lo laboral siga siendo clave para la inclusión social, es asimismo cierto que el factor trabajo ha perdido paulatinamente importancia en todas las sociedades, a medida que escalaban en su desarrollo económico. La cantidad global de horas trabajadas en un país y por trabajador ha seguido un trazo descendente desde que se hacen mediciones y mantiene esta tendencia (Giattino et al., 2013), como una de las múltiples consecuencias de la liberación de esfuerzos que provoca la mejora tecnológica.

En todo caso, en el nuevo escenario de una economía globalizada, fuertemente competitiva y proyectista, ha aumentado tanto el número de personas que tienen trabajos temporales, como a jornada parcial (Subirats, 2007, p. 10), señalando que la vulnerabilidad no depende solo de déficits individuales de empleabilidad, sino también de la expansión de formas de empleo precario, lo que obliga a equilibrar políticas de empleo con medidas que reduzcan la inseguridad material y protejan trayectorias vitales, especialmente cuando la precariedad se cronifica (Kalleberg, 2018, p. 253).

Es cierto que la universalización de la educación y la sanidad han aumentado las posibilidades de movilidad social ascendente de la clase trabajadora o romper con situaciones de carestía prolongadas durante generaciones. Pero es igual de cierto lo contrario. La sensación de incertidumbre y la vulnerabilidad social afectan también a las clases medias, que hasta ahora habían disfrutado de unas condiciones de vida satisfactorias y estables (Rodríguez & Clemente, 2020, p. 33).

El acceso a la formación adecuada, el dominio de lenguas extranjeras, el exceso de edad o la falta de experiencia, las responsabilidades familiares o la discapacidad. Numerosas son las circunstancias que juegan contra lo que hoy llamamos empleabilidad o probabilidad de entrar con éxito en el mercado laboral. Así, se convierte en objetivo de instituciones e individuos la adecuación de los aspirantes a las necesidades del mercado. Un escenario en el que resulta difícil para muchos, especialmente los más jóvenes, tener un trabajo estable y hacer planes vitales a largo plazo (Rodríguez & Clemente, 2020, p. 34). Ya no sólo por la competitividad, sino porque el escenario futuro de lo laboral en sí es incierto. No sabemos todavía hacia qué mundo vamos, pues la idea misma de trabajo, estructuradora de la sociedad postindustrial que había regido hasta hace poco, ha ido dejando paso a la nueva sociedad del conocimiento y la información, en la que palabras como especialización, estabilidad y continuidad están siendo reemplazadas por otras como flexibilización, adaptabilidad y movilidad. Se caracteriza por la centralidad de un nuevo sector económico, el de tratamiento de la información, y el impacto sin precedentes, no de una nueva revolución, sino de una innovación tecnológica aparentemente inagotable, en todos los aspectos de la vida comunitaria. De ahí que las nuevas tecnologías de la información y la comunicación se hayan convertido en un elemento distintivo capaz de aumentar el capital relacional de las personas y sus posibilidades de inclusión social, debiendo ser incorporadas al conjunto de herramientas del Trabajo social para la consecución de sus metas (Santás, 2016, pp. 213-214), al tiempo que deben abordarse otras vías de inclusión que trasciendan el clásico objetivo del pleno empleo.

2.3. El debilitamiento de los vínculos sociales

Es sabido que el establecimiento de vínculos sociales sanos y abundantes es un factor protector frente a la exclusión social. Es la familia el primer círculo en el que pueden ponerse las bases de una inclusión social exitosa. Un clima familiar basado en el apoyo y la comunicación mejora la conducta prosocial. Los menores que tienen una relación de apego seguro con sus padres están mejor capacitados para afrontar los elementos estresores internos y externos y muestran una conducta más adaptativa. Esto hace que su aceptación social sea mayor y establezcan relaciones positivas con sus pares, evitando conductas de exclusión, victimización o agresión. Y al contrario en un ambiente caótico y de apego inseguro, con consecuencias incluso fisiológicas y neuronales, impulsividad y falta de control (Tur et al., 2018).

Al llegar a la edad adulta, el modo institucional de organizar la vida social, que señala límites, normas y costumbres, puede impulsar la inclusión de unos y la exclusión de otros. Por supuesto, no hay una delimitación radical de ambas categorías, ni es ley la relación entre apego, conducta prosocial y aceptación social. Puede haber normas e instituciones que dificulten por sí la inclusión de un ciudadano. Todos recibimos estímulos que nos motivan hacia la inclusión o exclusión social. También es posible estar en el terreno de la inclusión e insatisfecho. Así como estar satisfecho de estar excluido de la participación social en algún aspecto determinado (Cok & Coenders, 2020, p. 179).

Lo que se ha de entender es que detrás de la exclusión social, no está siempre ni únicamente la escasez de recursos económicos. La sensación de vulnerabilidad cobra más fuerza y extensión que nunca por la debilidad o ausencia de lazos familiares y comunitarios (Subirats, 2004, p. 12). La nueva realidad socio-demográfica europea y española está caracterizada por la inmigración, el envejecimiento de la población, gracias al aumento de la esperanza de vida y las bajas tasas de natalidad, y la heterogeneidad de los modelos de hogar. Elementos todos tendentes a la fragmentación social (Rodríguez & Clemente, 2020, p. 34).

Resulta evidente en el caso de la población inmigrante en situación irregular que puede hacer valer algunos derechos, pero que tiene muy limitadas sus posibilidades de participación mientras no resuelva su situación legal. Pero también en el caso del inmigrante en situación regularizada. Uno y otro se encuentran con la barrera del idioma, la dificultad de inserción laboral, la falta de vínculos sociales y la dificultad para establecer unos nuevos, etc.

El aumento de la esperanza de vida generalizado hace que haya cada vez más personas en situación de dependencia por periodos cada vez más largos. Tanto las personas mayores como las personas con discapacidad disfrutan de vidas más largas, pero en muchas ocasiones con pensiones muy bajas, debido a las escasas o nulas cotizaciones pagadas durante la vida laboral y/o institucionalizados.

A todo ello ha de añadirse el debilitamiento de los vínculos familiares. La cantidad de personas que deciden no tener un vínculo de pareja estable o no tener descendencia, la de separaciones y la de divorcios no han dejado de aumentar en las últimas décadas, teniendo ya un claro reflejo en el tamaño y estructura de los hogares al menos desde el año 2000 (Subirats, 2007, p. 14) y, en toda lógica, lo tendrán en las décadas por venir.

Un número creciente de personas que acumulan factores de exclusión social, entre otros motivos, por carecer de vínculos familiares, vecinales o sociales. Que viven y se sienten aisladas, sin entorno en el que apoyarse para acometer un proceso de inclusión y con una perspectiva a largo plazo de dependencia institucional, que no podrá resolver un problema mucho más profundo (Subirats, 2004, p. 141).

2.4. Vulnerabilidad urbana

El fenómeno de la vulnerabilidad social sirve para poner de manifiesto que la exclusión social es un asunto que afecta predominantemente a las ciudades, pero han de entenderse por tales las poblaciones de más de 10.000 habitantes.

Por tanto, estamos hablando de los asentamientos donde vive la inmensa mayoría de la población mundial y ha de tomarse en cuenta que los vínculos sociales que se desarrollan con mayor facilidad en el mundo rural encuentran un hábitat poco propicio en la ciudad.

La dificultad en el acceso a la vivienda urbana y sus condiciones materiales y de uso en muchas ocasiones son otro elemento explicativo de las situaciones de exclusión social sufridas por determinados colectivos e individuos. Se configuran así concentraciones más o menos amplias –un edificio, un barrio o una ciudad entera–, que son calificadas como peligrosas e irrecuperables, estigmatizando[2] tanto al entorno, como a sus habitantes (Martínez, 2021, p. 109), independientemente de su conducta real (Subirats, 2004, p. 144). Relación entre urbanismo, uso del espacio público y exclusión (Cok & Coenders, 2020, p. 180) ya conocida en Trabajo social, que ha sido abordada por la Unión Europea a través de distintas iniciativas como los Planes URBAN y sus sucesores. La exclusión residencial es hoy un eje central de la vulnerabilidad urbana, pues incide negativamente en el resto de factores vinculados al bienestar, como la salud, los vínculos sociales o la empleabilidad.

Los barrios desfavorecidos forman parte de la ciudad como el resto y también cumplen su función (Garrido & Jaraíz, 2017, pp. 142-143). En ellos encuentra sitio la población más vulnerable –inmigrantes, minorías étnicas, parados o con empleo precario–; y de ellos salen los que han logrado mejorar. De algún modo, parecen funcionar como válvulas de escape que regulan la presión de la ciudad. En algún espacio físico han de ubicarse las familias con menos recursos, las minorías, algunas actividades ilícitas, etc. Es difícil llegar a la determinación de las condiciones que hacen a un barrio vulnerable socialmente, pero sí podemos listar los problemas constatables que se acumulan en mayor o menor medida en estos espacios urbanos (Garrido & Jaraíz, 2017, p. 143):

2 No ha de subestimarse el papel de los aspectos inmateriales, culturales y de más difícil identificación en la exclusión social, como puso de manifiesto Adela Cortina (2017) en *Aporofobia*.

Cuadro 1. Problemas principales en el ámbito urbano.

FACTORES	ÁMBITOS	CARACTERÍSTICAS
Urbanismo y medio ambiente	Vivienda y edificios	Tipologías constructivas inadecuadas; patologías estructurales; densidades residenciales excesivas; superficies reducidas; mal estado de conservación y/o con carencias de habitabilidad.
	Infraestructura del barrio	Falta de mantenimiento de las calles, aceras y espacios comunes; déficit de zonas verdes y equipamientos, etc.
	Integración en la ciudad	Aislamiento geográfico; bajo nivel de accesibilidad a los principales centros de trabajo; movilidad; entretenimiento y comercio de la ciudad, etc.
	Medioambiente	Baja calidad paisajística; alta contaminación acústica y atmosférica por proximidad a focos contaminantes como zonas industriales, infraestructuras de transporte, vertederos, etc.
Tipo de población	Demográfico	Envejecimiento poblacional; alta presencia de familias monoparentales y/o desestructuradas; alta presencia de hogares con personas discapacitadas, con problemas de drogodependencia o socialmente inadaptadas; concentración de familias de etnia gitana y/o población inmigrante con distinta lengua, cultura, hábitos y/o religión; sobre-ocupación de las viviendas, etc.

	Socioeconómico	Altas tasas de fracaso escolar; concentración de población con bajos ingresos y con dificultades de inserción en el mercado laboral como consecuencia de un bajo nivel educativo, baja cualificación profesional y/o formación obsoleta; alto nivel de desempleo o con empleo precarizado, etc.
Capital social	Redes sociales	Redes sociales concentradas en el propio barrio; conflictos de convivencia entre vecinos, especialmente entre autóctonos e inmigrantes o personas de etnia gitana; elevados índices de delincuencia; presencia de actividades económicas informales, etc.
	Participación	Bajos niveles de movilización política y poca influencia de la población residente en la toma de decisiones políticas a nivel local.
	Identidad	Estigmatización interna y externa del barrio, percepción de que sólo viven allí aquellos que no tienen otra opción; imagen colectiva negativa de abandono y marginalidad irremediable.
Económicos	Comercio	Desmantelamiento del comercio minorista de proximidad; dependencia de las grandes superficies comerciales, etc.
	Empresas	Marginación de actividades económicas tradicionales que vertebraban la actividad productiva y el empleo en estos barrios, como los pequeños talleres e industrias

	Servicios públicos	Escuelas públicas de mala calidad; mala accesibilidad en transporte público; inseguridad; mantenimiento deficiente de parques y otros lugares de recreo, etc.

Fuente: Elaboración propia a partir de Arias (2000, p. 17) y Garrido (2017, pp. 142-3).

2.5. Perfiles en exclusión social

A la luz de los datos, no es adecuado hablar del colectivo de los excluidos por la heterogeneidad interna que tendría ese grupo social, pero sí se pueden señalar determinadas condiciones que hacen a las personas más vulnerables. Nos referimos a elementos como el género, la edad y la etnia o el origen de las personas afectadas (Subirats, 2004, p. 142). En la literatura reciente (Bauer et al., 2021, pp. 1-2) se ha consolidado el enfoque de la interseccionalidad para analizar la exclusión social: las desventajas no se suman de manera lineal (género + origen + clase), sino que se combinan produciendo trayectorias específicas de vulnerabilidad. Incorporar esta mirada permite identificar mejor los puntos de inflexión en los itinerarios (p. ej., maternidad en soledad + precariedad laboral + exclusión residencial) y ajustar la intervención a combinaciones concretas de riesgos y protecciones.

Las mujeres presentan índices de vulnerabilidad y de exclusión social más elevados que los hombres en todas las clasificaciones[3]. De los colectivos con dificultades de inserción laboral, las amas de casa son el grupo mayoritario. Su menor grado de formación en generaciones pasadas, la maternidad, la asignación de las tareas domésticas y de cuidados –que no son valoradas por el mercado– o ser contratadas para puestos de menor cualificación, son algunos de los motivos. Pero también hoy, que tienen un nivel formativo similar de sus compañeros, siguen sin estar en el mismo nivel de acceso y permanencia en el mercado de trabajo. En este sentido, ha de decirse que la tendencia es a la igualación y que

3 Ha de puntualizarse que si, por ejemplo, vamos a la explotación de datos del SIUSS, efectivamente veremos la mayor proporción de mujeres atendidas, respecto a los hombres. Pero esto no quiere decir que sean usuarias únicas, sino que en muchas ocasiones es la mujer quien acude en busca de orientación o ayuda para un problema familiar.

algunos cambios tienen su reflejo en la realidad con un desfase temporal debido al tiempo que transcurre entre la etapa de formación, la incorporación al mundo laboral y la adquisición de experiencia que habilita para las posiciones superiores del entramado laboral.

Algunos grupos de edad son más vulnerables. La inestabilidad y temporalidad laborales y el acceso a la vivienda dificultan el acceso de los jóvenes a una vida adulta e independiente plena. Lo cual, puede desencadenar actitudes de automarginación, conductas insalubres o asociales, en una espiral bien conocida. Por otro lado, las personas mayores sufren condiciones sanitarias precarias, viviendas deterioradas e inadaptadas que restringen la autonomía personal, dificultades en las relaciones familiares y sociales o ingresos económicos bajos.

En sociedades con una diversidad cultural y étnica creciente, no dejan de tener mayores dificultades los grupos minoritarios, que son más proclives sufrir peores condiciones de vida, explotación laboral, problemas con su situación legal, dificultades de acceso a la vivienda, discriminación social, etc.

Por el contrario, son factores de protección frente a la vulnerabilidad ser hombre, tener entre 16 y 44 años y ser miembro de un hogar compuesto por adultos con uno o más niños (INE, 2024). Y, más allá de los factores personales, son las personas en desempleo, con bajos ingresos, en situación de dependencia o discapacidad las más vulnerables, pudiendo definirse diferentes perfiles como resultado de la combinación de todos estos factores.

3. MARCO LEGISLATIVO Y NORMATIVO

Formar parte de la Unión Europea (UE) implica, como es sabido, asumir su legislación y participar en su desarrollo. Hay, por tanto, compromiso de todos los

países miembros en seguir las líneas acordadas en las instituciones comunitarias, concretándolas y detallándolas en los niveles nacional y regional.

Tras la crisis económica global posterior a 2007 y sus consecuencias negativas para la calidad de vida de los ciudadanos, la dimensión social retomó importancia en la agenda política europea, en el marco de una estrategia mundial que se materializó en los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la ONU y, actualmente, en la Agenda 2030 de la UE. Ambos declaran como objetivo específico la reducción de la pobreza y la exclusión social (Rodríguez & Clemente, 2020, p. 44), además de aparecer de forma transversal en otros, ligados por ejemplo a la transición energética y los efectos nocivos de la acción humana sobre el planeta.

Si bajamos al terreno del derecho positivo, estas preocupaciones quedan plasmadas en el Tratado de funcionamiento de la Unión Europea, que establece la política social como una competencia compartida entre la UE y sus miembros (art. 4.2), en la que aquella puede tomar la iniciativa en la coordinación de las políticas entre estos (art. 5.3) y la obligación de la UE de promocionar altos niveles de empleo, una adecuada protección social, la lucha contra la exclusión social y el logro de altos niveles de educación, formación y protección de la salud (art. 9). Se debe tomar en cuenta que esta legislación es vinculante para los estados miembros (Rodríguez & Clemente, 2020, p. 41).

En este sentido, es de gran relevancia la Directiva 2006/123/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 12 de diciembre de 2006, que ha sido ya adoptada en las legislaciones nacionales. Se establece ahí la obligación de avanzar hacia un auténtico mercado europeo de los servicios –el sector mayoritario de todas las economías desarrolladas– como oportunidad para consumidores y empresas, dentro de los cuales también están los servicios sociales. En cuanto a la inclusión de cláusulas sociales en la contratación pública, se ha de señalar el Dictamen INT/570-Mercado Europeo de los Contratos Públicos, desarrollado nacionalmente por el Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Contratos

del Sector Público. Es también de especial interés la normativa sobre empresas de inserción, recogida en la Ley 44/2007, de 23 de diciembre, para la regulación del régimen de las empresas de inserción.

La Constitución Española de 1978 contiene las referencias genéricas conocidas de obligación de los poderes públicos de promocionar un orden económico y social justo, que permita la efectiva libertad, igualdad y participación de todos los ciudadanos –preámbulo y art. 9.2–, con especial mención de los jóvenes –art. 48–; la reinserción social de los excluidos; el establecimiento de un sistema general de protección social; y la eliminación de la discriminación ante la ley por cualquier motivo personal o social. Finalmente, atribuye a las comunidades autónomas la competencia en materia de atención social –art. 148.1.20ª–.

Su desarrollo natural es la promulgación en cada comunidad autónoma de una ley de Servicios Sociales que desarrolle sus objetivos y estructura interna. En ellas se recoge el compromiso aceptado por todas las partes en el Plan Concertado de que los Servicios sociales de Atención primaria, de exclusiva responsabilidad pública, incluyan un servicio de inserción social, en tanto puerta de entrada al sistema, señalando algunos de los colectivos destinatarios –transeúntes, refugiados, asilados, emigrantes retornados, inmigrantes reclusos y ex-reclusos, entre otros–. Si bien estos colectivos también son objeto de atención en los Servicios sociales especializados y en los organismos autónomos de acción social de cada autonomía.

Por último, cada comunidad autónoma y cada ayuntamiento, en leyes, reglamentos, decretos y ordenanzas municipales, desarrollan la legislación correspondiente a las prestaciones sociales y económicas de su competencia. Se fijan así los tipos, objetivos, requisitos, cuantías y demás instrucciones administrativas sobre ayudas periódicas y no periódicas, la Renta Básica de Inserción, programas de inserción, medidas para la protección contra la violencia de género, ayudas para circunstancias de carácter excepcional, mejora de la empleabilidad en jóvenes en riesgo de exclusión social o los servicios de emergencia social. Una enorme variabilidad de prestaciones sociales y

económicas que tratan de garantizar el efectivo cumplimiento de los principios generales recogidos en la legislación de rango superior.

4. SISTEMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL FRENTE A LA EXCLUSIÓN

En nuestros días, la exclusión social es un fenómeno al que están obligados a dar respuesta tanto las instituciones públicas como la sociedad civil. Es el único modo de lograr un equilibrio entre la potencial dependencia que genera el Estado y una sana co-responsabilidad y capacidad de autoorganización social (Martínez, 2021, p. 112).

En la sociedad industrial, como hemos dicho, la cuestión social era, básicamente, cuestión obrera y, por tanto, el colectivo afectado sí tenía conciencia de su situación y capacidad de autoorganización. Las personas excluidas no conforman ningún sujeto homogéneo y articulado, y se caracterizan por su baja participación social. De ahí la dificultad de generar procesos de superación autónoma de la exclusión (Subirats, 2004, p. 144).

Históricamente, los estados no han acumulado todavía suficiente experiencia para tener ideas claras respecto a la superación de la exclusión social; y sus puntos de partida, trayectorias y niveles de gasto social no son indicadores claros sobre la calidad de sus planes. En cualquier caso, hay unos principios comunes impulsados por la UE que, ha de tenerse esto muy en cuenta, es el nivel administrativo superior que rige sobre todos los ciudadanos europeos. Así, los estados concretan las directrices generales aprobadas por la UE en planes nacionales homologables al resto bajo unas pautas –importancia de la dimensión local y regional; enfoque integrado, estratégico y transversal, perspectiva de género– y objetivos comunes –acceso a empleo, recursos, derechos, bienes y servicios para todos los ciudadanos; prevención de los riesgos de exclusión; actuación a favor de los más vulnerables y movilización de todos los agentes sociales.

Por otra parte, también es deseable una respuesta civil, de carácter comunitario, que construya autonomía e independencia respecto a los poderes públicos. En las sociedades complejas, donde los modos de vida se han diversificado enormemente, los individuos y los colectivos han de ser los protagonistas de sus destinos vitales. La inclusión no puede ser una carrera individual de obstáculos hasta el punto predeterminado por los especialistas. Lo que conlleva, también, asumir las responsabilidades hacia nosotros mismos y hacia los demás.

Si tomamos en cuenta la organización multinivel de la administración pública en todos los países de la UE –incluyéndola a ella misma– y, al mismo tiempo, la pérdida de influencia de sus niveles superiores a través de la descentralización, la internacionalización y la gestión privada de los servicios públicos, nos queda un escenario basado en la interdependencia entre instituciones, en lugar de la clásica idea de jerarquía (Rodríguez & Clemente, 2020, pp. 33-36).

Aquí, el papel de los poderes públicos quizá deba ser el de garantes de los procesos de inclusión social y no el de gerentes, en aras de una mayor autonomía civil. Lo cual exige incentivar un tejido asociativo fuerte que articule la participación en el diseño y puesta en práctica de las medidas de inclusión. Deben comprometerse en ello los propios usuarios implicados, los profesionales, las instituciones implicadas y la comunidad en la que se insertan todos, asumiendo cada cual sus riesgos y responsabilidades (Subirats, 2004, p. 151).

4.1. Estrategia europea para la inclusión social

La UE, en sintonía con la ONU y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible, ha desarrollado el llamado Pilar Europeo de Derechos sociales, que no es el primer intento europeo de llegar a un acuerdo similar para todos los países miembros, pero sí el primero que llegó a firmarse en 2017. Su desarrollo no llegó a concretarse por la crisis desencadenada por la pandemia del COVID-19 (Rodríguez & Clemente, 2020, p. 47), entre otros motivos, hasta la

Recomendación del Consejo de 30 de enero de 2023 sobre renta mínima adecuada para asegurar la inclusión activa. Este enfoque combina apoyo de ingresos suficiente con acceso efectivo a servicios, insistiendo en reducir barreras administrativas *(Official Journal of the European Union, 2023)*. En una institución que sigue en construcción como la UE, no ha de perderse de vista que las medidas de política social han sido históricamente un elemento de legitimación, tal como sucedió en el desarrollo de los estados nacionales.

Siendo un fenómeno dinámico y territorializado el de la exclusión social, hay acuerdo en que las respuestas al mismo han de ser transversales, de coordinación flexible, de proximidad, preventivas y fortalecedoras de los vínculos sociales. Además, siendo políticas sin tradición en las agendas de gobierno, por su carácter novedoso en el campo de la política social, las políticas de inclusión afrontan ineludiblemente el reto de la innovación, lo que exige voluntad de experimentación y adaptación.

La meta última es la inclusión social de todo sujeto y colectivo, a través de (Subirats et al., 2009):

- El acceso al empleo estable y de calidad, en mercados de trabajo inclusivos, como objetivo fundamental.
- El acceso a prestaciones económicas, temporales o permanentes, como factor de protección social del trabajador y de su familia, siempre en base a un plan destinado a la autonomía de la persona. En este sentido, se recomienda el establecimiento de un sistema de rentas mínimas, desligado de las cotizaciones a la Seguridad social.
- El acceso a la solidaridad de la comunidad, universal, accesible y garantizada. Especialmente los de salud, educación y sociales, así como el acceso a una vivienda digna.
- El acceso a la ciudadanía, la participación y al establecimiento de una red sólida de vínculos sociales.

Además de los recursos que relataremos a en los próximos puntos, hemos de incluir en esta estrategia europea un recurso transversal, el de las cláusulas sociales. La exclusión social no es consecuencia exclusiva de las políticas de inclusión diseñadas e implementadas. Se genera y trae su causa de otras muchas partes de la realidad. Pero el Estado social domina todo el campo bajo él y puede, por tanto, extender su influencia a través de la potestad para legislar cualquier aspecto de la vida. Así, podemos decir que el impacto de la política social puede ser complejo y multidisciplinar (Rodríguez & Clemente, 2020, p. 35).

En este sentido, todos los miembros de la UE han puesto en marcha la inclusión de cláusulas sociales en la contratación pública, como herramienta eficaz para la generación de una sociedad más inclusiva. Se trata de que las distintas administraciones públicas incluyan en sus pliegos de condiciones de concursos para la contratación de obras y servicios la preferencia por contratar con entidades socialmente responsables. Es decir, aquellas que por voluntad propia impulsen el empleo inclusivo, la igualdad de oportunidades, la sostenibilidad ambiental, el comercio ético, la responsabilidad social corporativa, etc. En suma, se discrimina positivamente en la contratación pública a las entidades que maximizan las externalidades positivas y minimizan las negativas, paralelamente al cumplimiento de sus fines productivos. Lo cual convierte a todas las entidades privadas en recursos transversales de lucha contra exclusión social (Bernete, 2013, p. 86).

4.2. Capacitación para la inserción laboral

La evolución del empleo, ligada a los ciclos económicos y sus crisis, aunque no siempre, está fuertemente relacionada con las tasas de pobreza y exclusión social. Las últimas crisis han visto cómo crecía el número de personas dependientes de las ayudas públicas –contributivas o no–, el desempleo de larga duración y la cantidad de jóvenes sin empleo (Rodríguez & Clemente, 2020, pp. 35-37).

Todas las iniciativas en este campo pasan por mejorar la empleabilidad de los ciudadanos. Es decir, mejorar sus capacidades y competencias para el desarrollo de un empleo. Desde las clásicas políticas activas de empleo basadas en la formación profesional y el reciclaje de los trabajadores, hasta la intervención socioeducativa mediante proyectos artísticos que fomenten el cambio personal de los usuarios (Tarragó, 2021, p. 3). Y desde un punto de vista pasivo, todas aquellas medidas de discriminación positiva implementadas para fomentar la contratación de personas de los colectivos con mayores dificultades de inserción laboral, como personas en exclusión social, mujeres víctimas de violencia de género, personas con discapacidad o desempleados mayores de 45 años.

Las empresas de inserción son una iniciativa novedosa con mucho éxito en los últimos años. La legislación española ya prevé, por ejemplo, la obligatoriedad de reservar el 2 % de los puestos de trabajo a personas con discapacidad, para empresas con más de 50 empleados. Pero, si tomamos en cuenta que, en España, más del 65 % del empleo se da en PYMES y autónomos, se puede entender que la influencia de la norma sobre la realidad es menor de la esperada por el legislador. Otros colectivos, como las personas en exclusión social o víctimas de violencia de género, hace poco que han accedido en nuestro país a programas específicos y al reconocimiento de su situación a través de un documento expedido por los Servicios sociales.

Por todas estas dificultades para conseguir que los usuarios tengan una oportunidad laboral, son cada vez más las empresas que nacen con la vocación de servir de instrumento para la inserción. Y, sin ser condición necesaria, en muchas ocasiones son propiedad de oenegés o están impulsadas por las mismas. Incluso, hay entidades sin ánimo de lucro que se han transformado en empresa.

En estas, el empleo es un elemento incorporado a un itinerario de inserción, personalizado, donde se forma a los usuarios en el puesto de trabajo y se les ayuda en su habituación laboral. Estas empresas deben tener servicios de intervención y acompañamiento para la inserción sociolaboral, que faciliten la posterior incorporación (Lázaro & Martínez, 2013, pp. 468-469).

4.3. Prestaciones económicas

Uno de los recursos clásicos frente a la exclusión es la política de transferencia de rentas, que siempre han de estar ligadas a un plan de inclusión personalizado, pues el objetivo último es la emancipación del individuo, no su subsidiación. Hay tendencias identificables por países, pero en todos se da una combinación de prestaciones –según su temporalidad, periódicas y no periódicas–, en base a cotizaciones sociales o en base a impuestos, categorizadas según la problemática o de rentas mínimas (Rodríguez & Clemente, 2020, p. 36). Entre las primeras estarían, básicamente, la prestación por desempleo y el subsidio de desempleo. Todas las demás estarán financiadas en base a impuestos. Dentro de estas, la diversidad es notable:

- Ayudas para facilitar la participación en programas específicos por colectivo –jóvenes, inmigrantes, mujer– de inserción laboral, dentro de las políticas activas de empleo.
- Ayudas a la adaptación de la vivienda o al transporte.
- Ayudas para la atención de necesidades sociales, para el pago de suministros básicos de la vivienda o el alquiler.

En último lugar, se abordan las rentas básicas de inserción, por ser una tendencia que paulatinamente se ha ido abriendo paso y asentando en el campo de la exclusión, pero que requieren de cierta profundización, pues abren un debate fundamental en el campo de la política social y del Estado social mismo. La cuestión gira en torno a dos propuestas que parecen confundirse muchas veces en el debate público, pero que son muy diferentes por su trascendencia. La denominación de las alternativas varía de país a país, incluso dentro de cada país, pero para sintetizar las opciones, las clasificaremos como Rentas Básicas y Renta Universal.

La primera opción es la única que se ha desarrollado en la realidad hasta el momento, extendiéndose a la casi totalidad de países de la UE. Se concreta en una ayuda económica periódica, financiada con impuestos y que se transfiere a las personas en riesgo de exclusión social en función de un baremo en el que se toman en cuenta los ingresos, composición del hogar y situaciones de dificultad social concomitantes. El objetivo es que todos los hogares dispongan de unos ingresos mínimos de subsistencia por el tiempo necesario, hasta que obtengan estos ingresos por sí mismos, pues la ayuda siempre forma parte de un plan de inclusión social integral. En España, esta prestación había sido gestionada tradicionalmente por las Comunidades Autónomas, bajo la denominación de Renta Básica o Renta Mínima de Inserción (Hernández et al., 2022). En 2022 entró en vigor el Ingreso Mínimo Vital gestionado por la administración central, que ha tenido un impacto limitado debido tanto a las dificultades para conseguir una cobertura efectiva, como a su fracaso relativo en la superación del umbral de la pobreza en sus usuarios. También se ha criticado ampliamente por los profesionales del sector el hecho de que esta nueva prestación desliga la misma de las prestaciones técnicas de intervención social. De hecho, sólo el 6,1 % de quienes viven por debajo del umbral de la pobreza perciben el IMV y su cuantía sólo alcanza el 15,3 % de la renta media por hogar en España (Revilla et al., 2025). Por último, al convivir con las prestaciones autonómicas, que siguen en vigor, se pone de manifiesto la necesidad de una coordinación multinivel que es de difícil implementación técnica y material por la sobrecarga de trabajo de los profesionales de los Servicios sociales.

La Renta Universal consiste en una transferencia económica hecha a todos los ciudadanos de una comunidad política, independientemente de su nivel de ingresos o condición, de una cuantía suficiente como para cubrir todas las necesidades básicas, que van mucho más allá de la mera subsistencia, pues incluye la educación, la salud, el transporte, la vivienda y los suministros, etc. A cambio desaparecerían todos los servicios públicos que ahora cada cual podría contratar por su cuenta (Fernández, 2020, p. 14). Esta opción solo ha sido objeto de ensayos, pues representa una estrategia económicamente muy arriesgada,

que no ha arrojado resultados concluyentes sobre la disminución de la exclusión social a través del empleo. Sí ha apuntado a una mejoría en la calidad de vida, cabalmente esperable en hogares que empiezan a percibir un ingreso regular que antes no tenían (Verho, 2021, pp. 26-28). Pero también ha sido sólo ensayada porque supondría el desarme Estado de Bienestar, sin saber todavía si el sustituto cumplirá adecuadamente su cometido.

4.4. Capacitación digital

En un mundo que camina decididamente hacia la digitalización de todos los aspectos de la vida, el acceso a las nuevas tecnologías, que inicialmente parecía necesario solo para los que trabajaran en este sector de la economía, es hoy un factor más para el logro de una inclusión social exitosa o para la exclusión, si no se aborda con la población en vulnerabilidad. Un buen ejemplo, pueden ser las plataformas en línea de economía colaborativa o de formación. Son una buena idea para generar ayuda comunitaria o mejorar la empleabilidad, pero excluyen al que no sabe utilizarlas. Eso sí, reconociendo la tendencia constatable de que la tecnología tiende a implementar herramientas de comunicación entre el usuario y la máquina –interfaz– cada vez más sencillas en su manejo, más sofisticadas y más económicas. De ahí su uso masivo. Lo que pone de manifiesto que los recursos tradicionales no tienen por qué ser más o menos inclusivos que los innovadores (Cok & Coenders, 2020, p. 182).

Parece evidente que un adecuado uso de las TIC puede ampliar enormemente el capital relacional y sus beneficios sociales, laborales o de otro tipo asociados. No en vano, algunos estudios (Santás, 2016, p. 217) señalan que los usuarios más activos en Internet, en comparación con los no usuarios, tienen relaciones sociales y familiares en mayor cantidad e intensidad; tienen iniciativa en lo profesional; sufren menos depresión y aislamiento; son más autónomos; tienen mejores habilidades de comunicación; y participan más en la esfera sociopolítica.

Desde el trabajo social, es un compromiso deontológico de la profesión, que da sentido a la misma, que las personas en situación de vulnerabilidad o exclusión social accedan a los recursos adecuados que garanticen la igualdad de oportunidades. Por ello, es fundamental que desde todos los espacios donde se ejerce la profesión se contemple la necesidad de actuar por la capacitación tecnológica, para que esta parte de la población no quede invisibilizada o info-excluida, como lo denominan algunos autores. Ejemplos de utilidades los hay múltiples: desde la búsqueda de empleo, hasta la relación con la administración, que cada vez se realiza más de forma autónoma y no presencial (Santás, 2016, p. 217).

Más allá de la alfabetización digital, la literatura reciente (van Toorn, 2024) constata la consolidación de una administración del bienestar social digital. Esta digitalización de políticas, instituciones y servicios puede mejorar la eficiencia, pero también intensificar el control social y la exclusión de grupos vulnerables, si el diseño no contempla las desigualdades de acceso, comprensión y capacidad de respuesta. En intervención social, esto obliga a tratar la inclusión digital como parte de la ciudadanía y a incorporar la evaluación de accesibilidad, el acompañamiento en trámites y alternativas no digitales como garantías de equidad. La incorporación de herramientas de IA y la automatización en los servicios públicos abren riesgos específicos para la exclusión: opacidad, errores, sesgos y discriminación algorítmica. La evidencia reciente (Garrett, 2025, pp. 3-6; Alon-Barkat, 2025, pp. 470-473) sugiere que, además del control técnico, es necesario reforzar garantías procedimentales y criterios éticos en la práctica profesional.

4.5. El acompañamiento como recurso y método privilegiado en exclusión social

El acompañamiento, como metodología para el trabajo social, permite orientar la acción profesional hacia el diseño compartido de un proceso de cambio personal. Un proyecto en común, donde el usuario es el protagonista y el

profesional se sitúa al lado suyo, como recurso del usuario para aportarle elementos que ayuden en su desarrollo. No se trata, por tanto, ni de dirigir, ni tutelar, ni de atender puntualmente. Implica asumir las circunstancias del usuario –sean cuáles sean– como factores de riesgo o protección frente a la exclusión y, a partir de ahí, dedicar tiempo a acompañarlo, dialogando, analizando, revisando el proceso, a veces, mediando con instituciones cuya burocratización choca con las dificultades de las personas excluidas para ejercer sus derechos (Raya & Caparrós, 2014, p. 83). Es también mirar de otra manera a la persona y su historia, para que ella pueda verse de otra forma y creer en sus potencialidades (Lázaro & Martínez, 2013, p. 470).

En suma, el acompañamiento es una metodología que implica el establecimiento de una relación social y educativa horizontal entre el usuario, el profesional y el entorno, para la incorporación social del primero. Requiere de apertura y flexibilidad en el uso de recursos, métodos y técnicas, a lo largo de un proceso de cambio para la autonomía y el desarrollo personal (Raya & Caparrós, 2014, pp. 83-84). En continuidad con el acompañamiento, hoy se habla de coproducción con las personas usuarias como vía para fortalecer la autonomía, la adecuación cultural y la adherencia a los itinerarios de inserción; si bien, la evidencia cualitativa reciente (Burns et al., 2023, pp. 3571-3575) subraya que la coproducción efectiva requiere de condiciones específicas –tiempo, reconocimiento institucional, comunicación estable y relaciones de confianza–; de lo contrario, puede quedar en una participación simbólica.

BIBLIOGRAFÍA

Alexopoulou, S. (2025). Paradigm shift: Exploring the impact of digital technologies on the welfare state through a systematic literature review. *Social Policy & Administration*, 59(1), 135–157. DOI: https://doi.org/10.1111/spol.13054

Bauer G. R., Churchill S. M., Mahendran M, Walwyn C, Lizotte D, Villa-Rueda A. A. (2021). Intersectionality in quantitative research: A systematic review of its emergence and applications of theory and methods. *SSM – Population Health*, 16, 14:100798.

DOI: 10.1016/j.ssmph.2021.100798

Bernete García, J. (2013). Cláusulas sociales en la contratación pública: nuevos instrumentos para el fomento del empleo a nivel local. *Cuadernos de Trabajo social*, 26(1), 85-94.

DOI: http://dx.doi.org/10.5209/rev_CUTS.2013.v26.n1.40691

Burns, P., McGinn, T., Fitzsimons, L. (2023). Coproduction with service users in adult Social Work: A study of service users' and social workers' experiences in Northern Ireland, *The British Journal of Social Work*, 53(8), 3566–3583.

DOI: https://doi.org/10.1093/bjsw/bcad151

Cabrera, P. J., Rubio M. J., Fernández, Y., Fernández, S., Fernández, Y., Rúa, A., Fernández, E., López, J. A. y Malgesini, G. (2005). *Nuevas tecnologías y exclusión social. Un estudio sobre las posibilidades de las TIC en la lucha por la inclusión social en España*. Madrid: Fundación Telefónica.

Cok Vrooman, J. y Coenders, M. (2020). Institutions of inclusion and exclusion. *Social inclusion*, 8(1), 178-183.

DOI: https://doi.org/10.17645/si.v8i1.2935

Cortina, A. (2017). *Aporofobia, el rechazo al pobre: un desafío para la democracia*. Barcelona: Paidós.

Fernández Abad, C. (2020). Transformando la prisión neoliberal desde fuera: una aproximación a las potencialidades de la Renta Básica Universal. *Revista Crítica Penal y Poder*, 20, 1-24.

Garrett, P. M. (2025). 'Magic moments': AI and the disappearance of social work ethics? *The British Journal of Social Work*, 00, pp. 1-19.

DOI: https://doi.org/10.1093/bjsw/bcaf230

Garrido Fuego, M. y Jaraíz Arroyo, G. (2017). Políticas inclusivas en barrios vulnerables. *AREAS Revista Internacional de Ciencias Sociales*, (36), 141-151.

DOI:10.6018/areas

Giattino, Ch., Ortíz-Ospina, E. y Roser, M. (2013). Working hours. *Our World in Data*.

Recuperado de https://ourworldindata.org/working-hours

Hernández, A., Picos, F., & Riscado, S. (2022). Moving towards fairer regional minimum income schemes in Spain. *Journal of European Social Policy*, *32*(4), 452-466.

DOI: https://doi.org/10.1177/09589287221088174

INE. (2020). *Mujeres y hombres en España*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.

INE. (2024). *Encuesta de Condiciones de Vida*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.

Kalleberg, A. (2018). Job insecurity and well-being in rich democracies. *The Economic and Social Review*, 49(3), pp. 241-258.

PMCID: PMC6703155

Lázaro Blanco, E. y Martínez Polo, M. A. (2013). El tránsito al empleo de las personas más desfavorecidas a través de las empresas de inserción. *Cuadernos de Trabajo Social*, 26(2), 467-478.

DOI: https://doi.org/10.5209/rev_CUTS.2013.v26.n2.40228

Martínez de Bringas, A. (2021). Crítica de la legitimidad del derecho en tiempos de exclusión social. Repensar la responsabilidad del estado desde el vínculo social de la ciudadanía. *Derechos* y libertades, (44), 101-135.

DOI:https://doi.org/10.20318/dyl.2021.5851

Official Journal of the European Union. (2023). *Council recommendation of 30 January 2023 on adequate minimum income ensuring active inclusion (2023/C 41/01).*

Recuperado de https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=oj:JOC_2023_041_R_0001

Raya Díez, E. y Caparrós Civera, N. (2014). Acompañamiento como metodología de Trabajo social en tiempos de cólera. *Cuadernos de Trabajo Social*, 27(1), 81-91.

DOI: https://doi.org/10.5209/rev_CUTS.2014.v27.n1.42645

Revilla Castro, A., Ramírez Navarro, J. M. y Zamora Rojo, A. (2025). *Situación y evolución de las Rentas Mínimas de Inserción en España y en cada una de las Comunidades Autónomas (2011–2024)*. Madrid: Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios sociales.

Rodríguez Guillén, D. y Clemente Soler, J. A. (2020). The European pilar of social rights: an opportunity to foster the EU. *Revista de Estudios Europeos*, (76), 32-52.

DOI: http://uvadoc.uva.es/handle/10324/44959

Roser, M. (Dir.). (2011-2021). *Our world in data*. University of Oxford.

Recuperado de https://ourworldindata.org/.

Saar Alon-Barkat, S., Busuioc, M., Schwoerer, K., Weißmüller, K. (2025). Algorithmic discrimination in public service provision: Understanding citizens' attribution of responsibility for human versus algorithmic discriminatory

outcomes. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 35(4), 469–488.

DOI: https://doi.org/10.1093/jopart/muaf024

Santás García, J. I. (2016). Proyecto de apropiación de las TIC en Servicios sociales de atención social primera del Ayuntamiento de Madrid. *Cuadernos de Trabajo social*, 29(2), 213-223.

DOI: https://doi.org/10.5209/CUTS.51835

Sarasola Sánchez-Serrano, J. L., González González, J. M. y Roiz Vázquez, A. (2019). La importancia del trabajo social comunitario. *Azarbe. Revista internacional de Trabajo social y bienestar*, (8), 81-87.

DOI: 10.6018/AZARBE.364411

Subirats, J., Alfama, E. y Obradors i Pineda, A. (2009). *Documentos de Trabajo (Fundación Carolina)*, (32), 133-142.

Subirats Humet, J. (Dir.). (2007). *Los Servicios sociales de Atención primaria ante el cambio social*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales.

Subirats, J. (Dir.). (2004). *Pobreza y exclusión social. Un análisis de la realidad española y europea*. Barcelona: Fundación “la Caixa”.

Tarragó Díez, J. A. (2021). La mediación artística como estrategia de inclusión social con juventud migrada. *REIRE Revista d’Innovació i Recerca en Educació*, 14(1), 1-18.

DOI: https://doi.org/10.1344/reire2021.14.132690

Tur Porcar, A. M., Doménech, A. y Mestre, V. (2018). Vínculos familiares e inclusión social. Variables predictoras de la conducta prosocial en la infancia. *Anales de psicología*, 34(2), 340-348.

DOI: https://dx.doi.org/10.6018/analesps.34.2.308151

Van Toorn, G., Henman, P., & Soldatić, K. (2024). Introduction to the digital welfare state: Contestations, considerations and entanglements. *Journal of Sociology*, *60*(3), 507-522.

DOI: https://doi.org/10.1177/14407833241260890

Verho, J., Hämäläinen, K. y Kanninen, O. (2021). Removing Welfare Traps: Employment Responses in the Finnish Basic Income Experiment. *VATT Working Papers*, (142), 1-30.

DOI: 10.1257/pol.20200143

CAPÍTULO Nº 12

INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL EN LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA

ELVIRA MEDINA RUIZ Y EMILIA DE LOS ÁNGELES IGLESIAS ORTUÑO

INTRODUCCIÓN

El Trabajo Social se constituye como una disciplina y profesión estrechamente vinculada a los procesos históricos de producción y gestión de la cuestión social. Desde sus orígenes ha ocupado un lugar estratégico en la mediación entre el Estado y los sectores subalternos, generando tensiones persistentes entre funciones de asistencia, control social y transformación (Netto, 1997; Payne, 2014; Egío García & Medina Ruiz, 2020). Estas tensiones no son meramente técnicas, sino que remiten a disputas políticas y éticas que atraviesan el ejercicio profesional y condicionan sus prácticas concretas.

En este escenario, la participación y la militancia adquieren una relevancia creciente como categorías analíticas y prácticas para pensar el sentido político de la intervención profesional. En este capítulo se opta por abordar la participación no solo como un principio normativo ampliamente asumido en el discurso del Trabajo Social, sino como una práctica situada cuya implementación concreta ha estado marcada por ambigüedades y no exenta de conflictos. Como señalan distintos autores, con frecuencia se promueven formas de participación limitadas o instrumentales que no cuestionan las estructuras de poder existentes, lo que obliga a una lectura crítica de sus usos institucionales y de sus efectos reales (Cornwall, 2008; Healy, 2014).

La militancia, por su parte, ha sido históricamente objeto de controversia dentro del campo profesional. Mientras algunos enfoques sostienen la necesidad de una práctica neutral y técnicamente orientada, desde las corrientes críticas se ha

insistido en que dicha neutralidad es una ficción que encubre posicionamientos funcionales al orden social dominante (Netto, 1997; Iamamoto, 2003). Desde este posicionamiento teórico, que se adopta explícitamente en este trabajo, la militancia se concibe como una expresión del compromiso ético-político del Trabajo Social con la transformación social, especialmente importante en contextos donde se ponen en riesgo o como mínimo en cuestionamiento derechos ya adquiridos.

A partir del recorrido teórico, normativo y profesional que se desarrolla a lo largo del texto, se sostiene que la participación y la militancia no solo son compatibles, sino constitutivas de una práctica profesional orientada a la justicia social. Asimismo, se aportan elementos que permiten pensar la práctica real del trabajador social como agente dinamizador y, en determinados contextos, como sujeto implicado en procesos militantes, sin perder de vista las tensiones y contradicciones que ello implica.

2. APROXIMACIÓN CONCEPTUAL

2.1. Trabajo Social y cuestión social: bases históricas y conceptuales

El surgimiento del Trabajo Social se vincula directamente con el desarrollo del capitalismo industrial y con la emergencia de la cuestión social como problema político y social. Las primeras formas de intervención se orientaron a la asistencia y a la moralización de la pobreza, contribuyendo en muchos casos a la reproducción del orden social vigente y al refuerzo de mecanismos de control social sobre las clases subalternas (Payne, 2014).

A lo largo del siglo XX, la profesión experimentó procesos de profesionalización que ampliaron su campo de intervención y consolidaron un cuerpo propio de saberes y técnicas. No obstante, este proceso también reforzó su inserción institucional en el Estado y en organizaciones orientadas a la gestión de la pobreza. En América Latina, los procesos de reconceptualización del Trabajo Social, desarrollados desde la década de 1960, cuestionaron de manera radical

estos enfoques, señalando el carácter estructural de las desigualdades sociales y el papel del Trabajo Social en su reproducción (Netto, 1997; Iamamoto, 2003).

Desde estas corrientes críticas, el Trabajo Social es comprendido como una práctica social situada, atravesada por relaciones de poder y conflictos de clase, género y territorio. En este marco analítico —que se adopta de forma explícita en este capítulo— la participación y la militancia emergen como categorías centrales para redefinir el sentido de la intervención profesional, desplazando visiones tecnocráticas y pretendidamente neutrales de la práctica (Egío García & Medina Ruiz, 2020).

2.2. La participación como categoría central en el Trabajo Social

La participación constituye una categoría clave en el Trabajo Social, tanto en el plano teórico como en el metodológico y político. En este trabajo se aborda como la capacidad de las personas y los colectivos para involucrarse activamente en los procesos de toma de decisiones que afectan a sus condiciones de vida y a las respuestas institucionales a la cuestión social (Ife, 2013; Healy, 2014). No se trata, por tanto, de una noción meramente procedimental, sino de una dimensión sustantiva del ejercicio profesional.

No obstante, la literatura especializada advierte que la participación es un concepto polisémico y profundamente disputado, cuyo significado y alcance dependen de los marcos políticos e institucionales en los que se inscribe (Cornwall, 2008). Esta polisemia explica la dificultad para definirla de manera unívoca y la necesidad de situar cada experiencia participativa en su contexto histórico, social y político específico.

Desde nuestro punto de vista, la participación no puede concebirse como un proceso neutral, sino como una práctica atravesada por relaciones de poder, conflictos y desigualdades estructurales (Healy, 2014). En este sentido, Arnstein ya advertía que muchas experiencias participativas se limitan a formas simbólicas o consultivas que no alteran la distribución del poder, reproduciendo dinámicas de dominación bajo una retórica democrática (Arnstein, 1969). Estas advertencias

siguen siendo especialmente pertinentes en el campo de las políticas sociales contemporáneas.

En el Trabajo Social, la participación se vincula directamente con el núcleo ético-político de la profesión, al articularse con principios como la autodeterminación, la dignidad humana y los derechos humanos (Payne, 2014). Promover la participación implica, por tanto, cuestionar las relaciones jerárquicas entre profesionales, instituciones y ciudadanía, así como los modelos de intervención centrados exclusivamente en la experiencia técnica o en la gestión administrativa de necesidades sociales.

Desde el Trabajo Social comunitario, la participación ha sido planteada como un eje transversal de la intervención, presente en todas las fases del proceso profesional: diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación (Pastor Seller, 2004). Desde esta perspectiva, la ciudadanía no es concebida como destinataria pasiva de servicios, sino como sujeto colectivo con capacidad de análisis, deliberación y acción. Sin embargo, también se ha señalado que los dispositivos participativos impulsados desde el ámbito local suelen desarrollarse en marcos institucionales que tensionan su potencial democratizador, al priorizar la gobernabilidad y el control del conflicto social (Pastor Seller, 2015).

2.3. Militancia y Trabajo Social: debates y posicionamientos

La militancia puede definirse como una forma de acción política sostenida, orientada a la transformación de las relaciones sociales existentes. En el campo del Trabajo Social, la militancia ha sido históricamente objeto de controversia, especialmente en relación con la exigencia de neutralidad profesional que ha acompañado a determinados enfoques hegemónicos de la disciplina.

Las corrientes tecnocráticas sostienen que la militancia compromete la objetividad y la eficacia de la intervención profesional, al introducir elementos ideológicos que desdibujarían el carácter técnico de la práctica. Desde esta perspectiva, el Trabajo Social debería limitarse a la ejecución de políticas sociales y a la gestión de recursos, evitando toda implicación explícita en conflictos políticos o sociales. Sin embargo, desde los enfoques críticos se argumenta que la neutralidad es una

ficción que encubre posicionamientos funcionales al orden social dominante y que toda intervención social implica, de manera inevitable, una toma de posición política (Netto, 1997; Iamamoto, 2003).

Desde esta lectura crítica —que se adopta explícitamente en este capítulo— la militancia no se concibe como una actividad externa o ajena al ejercicio profesional, sino como una dimensión inherente al posicionamiento ético-político del trabajador social. En este sentido, el compromiso con la transformación social no se expresa únicamente en el ámbito privado o personal, sino que atraviesa la práctica profesional, las decisiones metodológicas y las formas de relación con los sujetos y colectivos con los que se interviene (Meneses, 2013).

El Trabajo Social militante se inscribe en tradiciones teóricas que conciben la profesión como parte de los procesos de lucha social. Desde este enfoque, el profesional no se limita a ejecutar políticas sociales diseñadas externamente, sino que acompaña y fortalece procesos de organización colectiva y movilización social, contribuyendo desde el saber profesional a la construcción de estrategias orientadas a la ampliación de derechos (Netto, 1997; Yazbek, 2009).

El contexto sociopolítico contemporáneo, marcado por la profundización de las políticas neoliberales y por el auge de fuerzas políticas de ultraderecha, plantea desafíos de primer orden para el Trabajo Social como profesión comprometida históricamente con la defensa de los derechos humanos y la justicia social. En este escenario, la militancia profesional adquiere una relevancia renovada, al situarse como una herramienta para disputar sentidos, desnaturalizar discursos de exclusión y fortalecer prácticas orientadas a la igualdad y la democracia social (Mouffe, 2007; Reisch & Jani, 2012).

Asimismo, ante la amenaza de vulneración de derechos y la proliferación de discursos de odio, el Trabajo Social está llamado a reforzar su papel pedagógico y político, contribuyendo a la construcción de conciencia crítica y a la problematización de narrativas que legitiman la desigualdad y la exclusión social (Freire, 1970; Torres Carrillo, 2011).

3. MARCO NORMATIVO Y LEGISLATIVO

El marco normativo que regula la participación social en el Estado español se estructura a partir de la combinación de disposiciones constitucionales, legislación estatal y desarrollos autonómicos. En este entramado normativo, la participación, el voluntariado y el Tercer Sector aparecen como categorías centrales, mientras que la militancia —entendida como acción política colectiva orientada a la transformación social— queda situada en un espacio de reconocimiento indirecto y, en ocasiones, ambiguo.

3.1. Fundamentos constitucionales y desarrollo estatal de la participación

La Constitución Española de 1978 establece la participación como uno de los pilares del Estado social y democrático de derecho. El artículo 1.1 define el modelo de Estado, mientras que el artículo 9.2 impone a los poderes públicos la obligación de promover las condiciones para que la participación de la ciudadanía en la vida política, económica, cultural y social sea real y efectiva (España, 1978). Asimismo, los artículos 21, 22 y 23 reconocen los derechos de reunión, asociación y participación política, que constituyen la base jurídica de la organización colectiva y de las prácticas militantes.

Estos principios constitucionales legitiman la intervención del Trabajo Social en procesos de participación comunitaria y organización social. No obstante, su concreción queda condicionada por el desarrollo legislativo posterior, que tiende a canalizar la participación dentro de marcos institucionales específicos, delimitando los espacios y las formas reconocidas de implicación ciudadana (Parés, 2009).

En este sentido, la Ley Orgánica 1/2002, reguladora del Derecho de Asociación, establece el marco jurídico básico para la organización formal de la ciudadanía, configurando al asociacionismo como una de las principales vías reconocidas de participación (España, 2002). De forma complementaria, la Ley 7/1985, Reguladora de las Bases del Régimen Local, incorpora la participación ciudadana

como principio de actuación de las entidades locales, promoviendo consejos, órganos consultivos y procesos participativos que constituyen espacios habituales de intervención para el Trabajo Social (España, 1985).

La Ley 19/2013, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno, refuerza una concepción procedimental de la participación, vinculada al acceso a la información y al control ciudadano de la acción pública (España, 2013). Desde una lectura crítica, estas normas amplían el marco formal de la participación, pero no garantizan por sí mismas procesos de empoderamiento ni de incidencia política real, especialmente en contextos de desigualdad estructural (Martí et al., 2011).

3.2. La Ley del Tercer Sector de Acción Social: institucionalización de la participación organizada

Un elemento clave del marco estatal es la Ley 43/2015, de 9 de octubre, del Tercer Sector de Acción Social, que reconoce y regula el papel de las entidades del Tercer Sector como actores fundamentales en la provisión de servicios sociales, la defensa de derechos y la participación social organizada (España, 2015a).

Esta ley define el Tercer Sector de Acción Social como el conjunto de entidades privadas de carácter voluntario y sin ánimo de lucro que persiguen fines de interés general y actúan en ámbitos como la inclusión social, la atención a colectivos en situación de vulnerabilidad y la promoción de derechos. Desde el punto de vista normativo, la ley otorga a estas entidades un reconocimiento institucional explícito como interlocutoras válidas de las administraciones públicas y como colaboradoras estratégicas en el diseño, ejecución y evaluación de las políticas sociales.

Esta institucionalización presenta una doble dimensión. Por un lado, legitima la participación organizada de la sociedad civil y refuerza el papel de las entidades sociales como espacios de acción colectiva y defensa de derechos. Por otro, consolida un modelo de participación mediada por organizaciones formalizadas, dependientes en gran medida de la financiación pública y sujetas a lógicas de

concertación y rendición de cuentas que pueden limitar su autonomía política y su capacidad de confrontación (Pastor Seller, 2015).

3.3. Voluntariado en el marco estatal: participación regulada y despolitización de la acción colectiva

La Ley 45/2015, de Voluntariado, se inscribe en este mismo proceso de institucionalización de la participación. La norma define el voluntariado como una actividad solidaria, libre y no remunerada, desarrollada a través de entidades organizadas, excluyendo explícitamente la acción reivindicativa, política o sindical (España, 2015b).

Esta delimitación resulta especialmente significativa, ya que establece una frontera normativa entre participación solidaria y militancia política. El voluntariado se configura como una forma legítima de implicación ciudadana, siempre que se desarrolle dentro de marcos organizativos regulados y desprovistos de confrontación política explícita. De este modo, se refuerza una concepción de la participación compatible con la estabilidad institucional, pero potencialmente despolitizada (Medina Ruiz, 2016; Yazbek, 2009).

3.4. Desarrollo autonómico en la Región de Murcia: participación, Tercer Sector y voluntariado

En el ámbito autonómico, el Estatuto de Autonomía de la Región de Murcia reconoce la participación ciudadana como principio rector de la acción pública regional. Este reconocimiento se ha desarrollado fundamentalmente a través de normativa sectorial, especialmente en el ámbito de los servicios sociales, donde se promueve la participación de personas usuarias, entidades sociales y agentes comunitarios en órganos consultivos y espacios de coordinación (Región de Murcia, 2021).

La Región de Murcia cuenta con un marco específico para el voluntariado, regulado por la Ley 5/2004, de 22 de octubre, del Voluntariado en la Región de Murcia, que adapta los principios estatales al contexto autonómico y refuerza el

papel del voluntariado como recurso estructural de la intervención social (Región de Murcia, 2004). Esta norma consolida la colaboración entre la administración autonómica y las entidades del Tercer Sector, configurando un modelo de participación social mediada por organizaciones formalizadas.

Aunque la Región de Murcia no dispone de una ley autonómica propia del Tercer Sector equiparable a la estatal, en la práctica el modelo de acción social murciano se apoya de forma significativa en entidades del Tercer Sector para la provisión de servicios, la ejecución de programas y la canalización de la participación social. Esta dependencia funcional introduce tensiones relevantes entre participación, autonomía organizativa y sostenibilidad financiera, especialmente en contextos de restricción presupuestaria (Pastor Seller, 2015).

Recientemente, el Consejo de Gobierno de la Región de Murcia aprobó la tramitación de un anteproyecto de Ley de Voluntariado con el objetivo de sustituir a la Ley 5/2004 y adaptar la regulación autonómica a las nuevas realidades sociales y formas de participación. Según la documentación oficial disponible en el Portal de Transparencia de la Comunidad Autónoma, el anteproyecto persigue consolidar la acción voluntaria como agente de transformación social, incorporando modalidades emergentes como el voluntariado digital, corporativo y europeo, así como la distinción entre participación presencial y virtual, en coherencia con los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

4. ROLES Y FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL ÁMBITO DE LA PARTICIPACIÓN Y LA MILITANCIA

Los roles y funciones del trabajador social en el ámbito de la participación y la militancia no pueden comprenderse como un conjunto neutro de tareas técnicas, sino como expresiones concretas de un posicionamiento ético-político situado en los conflictos sociales contemporáneos. Tal como señalan Netto (1997) e Iamamoto (2003), la intervención profesional se inscribe inevitablemente en

proyectos societales en disputa, lo que vuelve insostenible la pretensión de neutralidad.

Uno de los roles centrales del Trabajo Social en este ámbito es el de facilitador de procesos de participación crítica, orientados a superar concepciones instrumentales de la participación promovidas desde determinadas políticas sociales. Este rol implica generar condiciones para que los sujetos colectivos participen en la definición de los problemas, en la toma de decisiones y en la apropiación de recursos, reconociendo que toda práctica participativa está atravesada por relaciones de poder (Cornwall, 2008; Healy, 2014).

Un segundo rol fundamental es el acompañamiento de procesos organizativos y de lucha social, especialmente en contextos de desigualdad estructural. Desde el Trabajo Social militante, la intervención no se reduce a la gestión de demandas individuales, sino que se orienta al fortalecimiento de organizaciones territoriales, movimientos sociales, cooperativas y otras formas de acción colectiva. En este marco, el trabajador social pone a disposición sus saberes teóricos, metodológicos y técnicos para contribuir a la articulación de demandas y a la sostenibilidad de los procesos organizativos, sin sustituir el protagonismo de los sujetos implicados (Ife & Tesoriero, 2016; Yazbek, 2009).

De forma complementaria, el Trabajo Social asume un rol pedagógico y formativo, estrechamente vinculado a la participación y la militancia. Tal como advierte Freire (1970), toda práctica social tiene un carácter educativo en tanto produce aprendizajes, sentidos y subjetividades. Desde esta perspectiva, el trabajador social contribuye a la formación política de los sujetos mediante espacios de reflexión colectiva, análisis crítico de la realidad y sistematización de experiencias, articulando saberes profesionales y saberes territoriales (Torres Carrillo, 2011).

Otro rol clave es el de mediador crítico entre los sujetos y las instituciones. Dado que gran parte del ejercicio profesional se desarrolla en dispositivos estatales atravesados por lógicas de control, focalización y gestión de la precariedad, el trabajador social militante enfrenta tensiones permanentes entre las demandas institucionales y el compromiso con los derechos de los sujetos. Su función no

consiste en una adaptación acrítica a dichas lógicas, sino en la disputa por el sentido de la intervención y en la apertura de espacios de participación efectiva, incluso cuando ello implica asumir conflictos institucionales (Iamamoto, 2003; Payne, 2014).

La militancia profesional se expresa también en el rol de productor y sistematizador de conocimiento situado. La sistematización de experiencias, la investigación-acción participativa y la reflexión crítica sobre la práctica permiten visibilizar los saberes construidos colectivamente en los territorios y disputar sentidos tanto en el campo profesional como en el académico (Fals Borda, 1987; Torres Carrillo, 2011). Este rol resulta central para fortalecer un Trabajo Social comprometido con la transformación social y con la construcción de marcos teóricos anclados en la experiencia histórica de los sujetos colectivos.

Finalmente, el rol del trabajador social como gestor del voluntariado adquiere una relevancia creciente en el marco de las transformaciones contemporáneas de las políticas sociales y de las formas de participación social. Desde una perspectiva crítica, este rol implica la planificación y coordinación de prácticas voluntarias que, cuando se articulan con proyectos colectivos y con políticas públicas orientadas a la garantía de derechos, pueden operar como puerta de entrada a procesos de participación más sostenidos y, en algunos casos, a formas de militancia social y política (Medina Ruiz, 2016; Medina Tornero & Medina Ruiz, 2011).

5. Sistema de protección en la Región de Murcia: recursos, servicios y prestaciones con enfoque en participación y asociacionismo

En la Región de Murcia, el Sistema de Servicios Sociales constituye el principal componente del sistema de protección social autonómico, articulado como un conjunto coordinado de recursos, actividades, prestaciones y equipamientos dirigidos a la prevención, atención, integración y promoción social de todas las personas residentes en la comunidad. Este marco, regulado por la Ley 3/2021, de

Servicios Sociales de la Región de Murcia, reconoce de manera explícita el fomento de la participación social como elemento transversal del sistema (Región de Murcia, 2021).

La normativa autonómica establece que el sistema debe organizarse territorialmente en áreas, zonas básicas y unidades básicas, estructurando dos niveles de atención —primaria y especializada— con el objetivo de acercar los recursos a la población y favorecer la participación comunitaria. En esta organización, los centros de servicios sociales de atención primaria desempeñan un papel central, al incluir entre sus funciones la orientación, información y apoyo para que individuos, familias, grupos y asociaciones accedan a los recursos disponibles, favoreciendo la articulación entre intervención individual y acción colectiva (Payne, 2014).

Asimismo, la legislación autonómica incorpora la participación de la administración, profesionales, iniciativa social y organizaciones implicadas en la elaboración y seguimiento del Catálogo de Prestaciones y de los instrumentos de planificación regional. Este reconocimiento abre mecanismos institucionalizados de participación social en la configuración del sistema de protección, aunque su alcance efectivo depende de las condiciones concretas de implementación y de la correlación de fuerzas entre los distintos actores implicados (Parés, 2009).

Desde el nivel local, los ayuntamientos y mancomunidades de la Región de Murcia desarrollan programas y recursos que, aunque se articulan en el marco autonómico, presentan una dimensión participativa y comunitaria relevante. Estos dispositivos locales constituyen espacios privilegiados para la intervención del Trabajo Social en materia de participación, asociacionismo y acción colectiva, al permitir una mayor proximidad a los territorios y a las problemáticas sociales concretas (Pastor Seller, 2004; Payne, 2014).

Los Centros Municipales de Servicios Sociales incorporan, en numerosos municipios, oficinas de voluntariado y acción comunitaria que facilitan la interlocución entre la ciudadanía, las asociaciones locales y las administraciones públicas. Estos dispositivos permiten canalizar iniciativas solidarias, promover la

organización comunitaria y fortalecer redes de apoyo mutuo, contribuyendo a la cohesión social y a la participación organizada en el ámbito local (Medina Ruiz, 2016; Yazbek, 2009).

Asimismo, existen planes y programas municipales de carácter social que incorporan explícitamente la participación ciudadana como elemento estratégico. En el municipio de Murcia, por ejemplo, diversas iniciativas en materia de inclusión social, igualdad, infancia y adolescencia o convivencia comunitaria se articulan a través de planes transversales que requieren la coordinación entre servicios sociales, asociaciones y colectivos locales para el diseño compartido de las intervenciones (Sanhueza Cisterna & García-Moreno, 2024).

La Federación de Municipios de la Región de Murcia promueve, además, la colaboración entre los servicios sociales municipales y la administración autonómica con el objetivo de mejorar la calidad de vida de personas y colectivos en situación de vulnerabilidad, favoreciendo la coordinación interinstitucional y la participación social desde el ámbito local.

Junto a estos recursos permanentes, se convocan subvenciones autonómicas dirigidas a entidades locales para fortalecer la participación comunitaria en los municipios. Entre ellas destacan las órdenes de subvenciones orientadas a la financiación de planes de participación ciudadana para la inclusión social en el marco del Programa Fondo Social Europeo Plus (FSE+) 2021-2027, cuyo objetivo es apoyar diagnósticos participativos y el diseño de planes integrales con protagonismo de la ciudadanía local.

6. EJEMPLO DE PROCESOS DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL: COORDINACIÓN INTERPROFESIONAL

La gestión de la participación y la militancia exige la articulación de perfiles profesionales diversos —trabajo social, educación social, desarrollo comunitario,

animación sociocultural, integración social y asesoría jurídica—, dado que cada uno aporta saberes, metodologías y posicionamientos ético-políticos específicos. Esta interdisciplinariedad no constituye un mero complemento técnico, sino una condición necesaria para que la participación deje de ser formal y adquiera capacidad real de incidencia colectiva (Healy, 2014; Ife & Tesoriero, 2016).

El trabajador o la trabajadora social desempeña funciones de mediación, diagnóstico estructural y articulación intersectorial que resultan imprescindibles para traducir demandas sociales en propuestas políticamente viables y para defender marcos de derechos frente a lógicas asistencialistas (Netto, 1997; Yazbek, 2009). Su formación le habilita para intervenir en el nexo entre prestaciones, recursos comunitarios y procesos organizativos, garantizando que las prácticas participativas respeten la autonomía y la agencia de los sujetos (Abad Miguélez & Martín Aranaga, 2015).

Los perfiles educativos y de educación popular contribuyen a la dimensión formativa de la participación, diseñando procesos de alfabetización política, dinamizando espacios de reflexión colectiva y promoviendo metodologías orientadas a la sensibilización y al fortalecimiento de la capacidad organizativa (Freire, 1970; Ife & Tesoriero, 2016). Sin estas competencias pedagógicas, la participación corre el riesgo de permanecer en niveles meramente consultivos o instrumentales (Arnstein, 1969).

Por su parte, los profesionales del desarrollo comunitario y la animación sociocultural aportan conocimiento territorial, identificación de actores locales y sostenibilidad de los procesos participativos. Su intervención resulta clave para conectar dispositivos institucionales con redes informales y liderazgos locales, evitando que las iniciativas participativas se diluyan una vez finalizados los programas o proyectos (Ledwith, 2011; Ife, 2013).

Los perfiles jurídicos y de gestión pública desempeñan un papel relevante en la traducción de la participación en derechos exigibles. Su intervención permite interpretar y disputar marcos normativos, diseñar mecanismos institucionales de rendición de cuentas y evitar que la participación se reduzca a rituales

administrativos sin efectos reales sobre las políticas públicas (Pastor Seller, 2015; Payne, 2014).

Finalmente, la evaluación, la investigación-acción participativa y la sistematización de experiencias constituyen dimensiones fundamentales para documentar procesos, medir impactos y generar conocimiento situado que retroalimente la práctica profesional y las políticas públicas (Fals Borda, 1987; Healy, 2014).

La evaluación de la participación: enfoques, criterios y desafíos desde el Trabajo Social

La evaluación de la participación ciudadana se ha consolidado como una cuestión central en los debates contemporáneos sobre democracia, gobernanza y políticas públicas. Desde nuestra óptica, evaluar la participación no puede limitarse a medir niveles de asistencia o número de participantes, sino que implica analizar quiénes participan, cómo lo hacen, con qué capacidad de incidencia y bajo qué condiciones estructurales (Pastor Seller, 2004).

Si queremos medir calidad democrática, la evaluación debe atender a criterios como la inclusión, la deliberación, la transparencia y la rendición de cuentas, permitiendo identificar si la participación contribuye efectivamente a la ampliación de derechos o si opera como un mecanismo legitimador de decisiones previamente adoptadas (Parés, 2009). Esto supone sin duda un reto metodológico.

Diversos autores proponen analizar la participación desde tres perspectivas complementarias: la del sujeto, la del proceso y la de los resultados (Martí et al., 2011). La perspectiva del sujeto examina quién participa y con qué grado de influencia; la del proceso se centra en la calidad de los mecanismos participativos; y la de los resultados analiza los efectos concretos de la participación sobre las políticas públicas y el fortalecimiento comunitario.

Por tanto, la evaluación de la participación debe concebirse como un proceso reflexivo y colectivo, evitando que se convierta en un instrumento de control

institucional. Facilitar procesos de autoevaluación, sistematización de experiencias e investigación-acción participativa constituye una tarea estratégica para fortalecer prácticas participativas con capacidad transformadora (León Carrascosa & Fernández Díaz, 2016; Martí et al., 2011).

Es importante que esta perspectiva forme también parte de en los planes de estudio de los futuros profesionales. Esto será la mayor garantía de evaluadores comprometidos con la participación real.

Conclusiones

A partir del recorrido teórico, normativo y profesional desarrollado, se sostiene que la participación y la militancia no son aspectos accesorios del Trabajo Social, sino dimensiones inherentes a sus bases éticas, políticas y profesionales. El Trabajo Social se concibe como una práctica profesional que enfrenta relaciones de poder estructurales, desigualdades y procesos de exclusión que configuran las condiciones de vida de los sujetos con quienes interviene (Netto, 1997; Reisch & Jani, 2012).

Reafirmar el Trabajo Social como una práctica política comprometida con la ampliación de derechos, la construcción de poder social y la democratización de las relaciones sociales supone fortalecer vínculos con movimientos sociales, organizaciones y redes que impulsan agendas emancipadoras. Este posicionamiento no elimina las tensiones del ejercicio profesional, pero permite situarlas como parte constitutiva de una práctica orientada a la justicia social (Iamamoto, 2003; Prates, 2025).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abad Miguélez, B., & Martín Aranaga, I. (2015). El trabajo social ante la crisis: Nuevos retos para el ejercicio profesional. *Cuadernos de Trabajo Social*, 28(2), 175–185. https://doi.org/10.5209/rev_CUTS.2015.v28.n2.46728

Arnstein, S. R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 35(4), 216–224. https://doi.org/10.1080/01944366908977225

Bronfman, M., & Gleizer, M. (1994). Participación comunitaria: ¿necesidad, excusa o estrategia? *Cadernos de Saúde Pública*, 10(1), 111–122. https://doi.org/10.1590/S0102-311X1994000100011

Cnaan, R. A., Handy, F., & Wadsworth, M. (1996). Defining who is a volunteer: Conceptual and empirical considerations. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 25(3), 364–383. https://doi.org/10.1177/0899764096253006

Cornwall, A. (2008). Unpacking participation: Models, meanings and practices. *Community Development Journal*, 43(3), 269–283. https://doi.org/10.1093/cdj/bsn010

Egío García, V. M., & Medina Ruiz, E. (2020). Del paradigma funcionalista a la teoría del conflicto: Estado del bienestar, agentes de orden y aliados del cambio en tiempos del COVID-19. *La Razón Histórica*, (46), 84–102.

España. (1978). Constitución Española. Boletín Oficial del Estado. https://www.boe.es/legislacion/documentos/ConstitucionCASTELLANO.pdf

España. (1985). Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las bases del régimen local. Boletín Oficial del Estado. https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1985-5392

España. (2002). Ley Orgánica 1/2002, de 22 de marzo, reguladora del derecho de asociación. Boletín Oficial del Estado. https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-5852

España. (2013). Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno. Boletín Oficial del Estado. https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2013-12887

España. (2015a). Ley 43/2015, de 9 de octubre, del tercer sector de acción social. Boletín Oficial del Estado. https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-10922

España. (2015b). Ley 45/2015, de 14 de octubre, de voluntariado. Boletín Oficial del Estado. https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-11072

Fals Borda, O. (1987). *La investigación-acción participativa*. Tercer Mundo.

Freire, P. (1970). *Pedagogía del oprimido*. Siglo XXI.

Healy, K. (2014). Social work theories in context: Creating frameworks for practice (2nd ed.). Palgrave Macmillan.

Iamamoto, M. V. (2003). *El servicio social en la contemporaneidad*. Cortez.

Ife, J. (2013). *Community development in an uncertain world: Vision, analysis and practice*. Cambridge University Press.

Ife, J., & Tesoriero, F. (2016). *Community development: Community-based alternatives in an age of globalisation* (3rd ed.). Pearson.

Ledwith, M. (2011). *Community development: A critical approach* (2nd ed.). Policy Press.

León Carrascosa, V., & Fernández Díaz, M. J. (2016). La participación en los centros educativos: Instrumentos para su evaluación. *Profesorado. Revista de Currículum y Formación del Profesorado,* 20(3), 27–48.

Martí, M., Blanco, I., Parés, M., & Subirats, J. (2011). ¿Cómo evaluar la participación en una red de gobernanza? Tres perspectivas teóricas y un estudio de caso. *Revista Española de Ciencia Política*, (27), 27–52.

Medina Ruiz, E., Marcos-Matás, G., & Medina Tornero, M. E. (2016). *Older volunteers' intention to remain in service in nonprofit organisations*. Psicothema, 28(3), 272–277. https://doi.org/10.7334/psicothema2016.20

Medina Tornero, M. E., & Medina Ruiz, E. (2011). Servicios sociales: Organización y planificación. Diego Marín.

Meneses, M. P. (2013). Formación y compromiso político en el trabajo social latinoamericano. Revista Katálysis, 16(1), 55–64.

Mouffe, C. (2007). *En torno a lo político.* Fondo de Cultura Económica.

Netto, J. P. (1997). *Capitalismo monopolista y servicio social*. Cortez.

Parés, M. (Coord.). (2009). *Participación y calidad democrática: Evaluando las nuevas formas de democracia participativa*. Ariel.

Pastor Seller, E. (2004). La participación ciudadana en el ámbito local: Eje transversal del trabajo social comunitario. Cuadernos de Trabajo Social, 17, 103–126.

Pastor Seller, E. (2015). *Participación ciudadana y políticas públicas*. Síntesis.

Payne, M. (2014). *Modern social work theory* (4th ed.). Oxford University Press.

Prates, J. C. (2025). Revisiting radical integrated research and practice for contemporary social work. British Journal of Social Work.

Región de Murcia. (2004). Ley 5/2004, de 22 de octubre, del voluntariado en la Región de Murcia. Boletín Oficial de la Región de Murcia.

Región de Murcia. (2021). Ley 3/2021, de 29 de julio, de servicios sociales de la Región de Murcia. Boletín Oficial del Estado. https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2021-21315

Reisch, M., & Jani, J. (2012). *The social work profession: Toward a social justice practice*. Pearson.

Sanhueza Cisterna, A., & García-Moreno, C. (2024). Fortaleciendo la participación comunitaria: El rol del trabajo social en la promoción del asociativismo municipal y la contraloría social. European Public & Social Innovation Review, 9, 1–21. https://doi.org/10.31637/epsir-2024-1339

Torres Carrillo, A. (2011*). Educación popular y movimientos sociales*. Siglo del Hombre.

Yazbek, M. C. (2009). *Fundamentos históricos y teórico-metodológicos del servicio social*. Cortez.

CONOCE A LOS AUTORES

LAS EDITORAS Y COAUTORAS

CARMEN Mª GÓMEZ NAVARRO

Afiliación: Dpto. de trabajo social y servicios sociales. Universidad de Murcia

ORCID: https://orcid.org/0000-0002-4008-6158

Correo UMU: carmen.gomeznavarro@um.es

Profesora e investigadora del Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales de la Universidad de Murcia. Diplomada en Trabajo Social y licenciada en Criminología, es Máster en Mediación y Doctora en Intervención Social y Mediación por la UMU. Con más de 18 años de experiencia como trabajadora social en diversas entidades de la Región de Murcia, forma parte del claustro universitario desde 2011. Es Vicedecana de Ordenación Académica y Estudiantes de la Facultad de Trabajo Social y participa en las juntas directivas del Colegio Oficial de Trabajo Social de la Región de Murcia y de la Asociación Retina Murcia. Sus líneas de investigación se centran en Trabajo Social y Derechos Humanos (derecho al agua, empresa y DD. HH.) y en enfermedades raras desde la salud, discapacidad y dependencia. Investigadora Principal del “Grupo de Investigación Social en Enfermedades Raras y Discapacidad” de la Universidad de Murcia.

ANTONIA CASCALES MARTÍNEZ

Afiliación: Dpto. Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación. Universidad de Murcia

ORCID: https://orcid.org/0000-0002-8966-2558

Correo UMU: antonia.cascales@um.es

Doctora en Educación (premio extraordinario). Profesora de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación en la Universidad de Murcia. Tiene experiencia docente en niveles no universitarios (Educación Infantil, Educación Primaria, Educación Especial y Formación Permanente). Líneas de investigación en discapacidad, tecnología educativa y acción tutorial, con especialización en métodos de investigación y diagnóstico en educación. IP del grupo de investigación GISER-D y coordinadora del grupo de transferencia Métodos, Investigación, Discapacidad, Educación, y Acción Social (M-IDEAS) - https://bit.ly/40KdDcQ

LOS AUTORES Y AUTORAS DE ESTE LIBRO

BEATRIZ MARTÍNEZ PÉREZ

Afiliación: Dpto. de trabajo social y servicios sociales. Universidad de Murcia

ORCID:

DOLORES MARÍA PEÑALVER GARCÍA

Afiliación: Universidad de Murcia

ORCID: https://orcid.org/0000-0002-9872-1484

Correo UMU: doloresmaria.penalver@um.es

Doctora en Educación por la UMU. Diplomada en Magisterio por la UMU, Licenciada en Psicopedagoga (UMU) y diplomada en Logopedia (UMU) y Máster Neuropsicología (Unir). Profesora asociada de dicha Universidad desde noviembre de 2015. Participación en 7 proyectos de innovación educativa concedidos en convocatorias de la UMU, coordinadora principal de 2. Experiencia investigadora: línea de investigación propia en Enfermedades Raras (ámbito social, educativo y lenguaje). autora de varios artículos sobre enfermedades raras,

libros y capítulos en editoriales de impacto. Miembro de equipos de trabajo/investigación en 5 proyectos de investigación sobre enfermedades raras financiados en convocatoria nacional competitiva.

ELVIRA MEDINA RUIZ

Afiliación: Dpto. de trabajo social y servicios sociales. Universidad de Murcia

ORCID: https://orcid.org/0000-0003-4937-3345

Correo UMU: emedina@um.es

Elvira Medina Ruiz es trabajadora social y doctora en Trabajo Social. Desarrolla su labor académica como profesora contratada doctora en la Universidad de Murcia, donde imparte docencia y participa en actividades de investigación, gestión y transferencia del conocimiento. Su trayectoria se centra en el análisis de las políticas sociales sobre mayores y dependencia, la gestión de calidad y la participación social y política de diferentes colectivos. Ha colaborado en proyectos académicos y publicaciones especializadas, contribuyendo al desarrollo disciplinar y transferencia del Trabajo Social en distintas universidades donde también ha realizado estancias de investigación.

EMILIA DE LOS ÁNGELES IGLESIAS ORTUÑO

Afiliación: Profesora Contratada Doctora en Universidad de Murcia.

ORCID: http://orcid.org/0000-0002-1033-4907

Correo UMU: ea.iglesiasortuño@um.es

Doctora en Intervención Social y Mediación. Diplomada en Trabajo Social y Máster en Mediación por la Universidad de Murcia. Profesora Contratada Doctora en el Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales. Desarrolla la línea de investigación de Salud y Bienestar Reproductivo; y de Estudios de Conflictos

Sociales y Mediación. Imparte clases en materias relacionadas con el proceso metodológico de investigación para la elaboración del Diagnóstico de necesidades desde Trabajo Social, la Intervención aplicada con el Sistema Individual y Metodologías de Investigación en estudios de Posgrado. Vicedecana de Prácticas y Empleabilidad de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad de Murcia. Actualmente reconocido 1 Sexenio CNEAI.

FATIMA CENTENERO DE ARCE

Afiliación: Dpto. de trabajo social y servicios sociales. Universidad de Murcia

ORCID: https://orcid.org/0000-0002-0343-2824

Correo UMU: fcda1@um.es

Profesora Ayudante Doctor de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad de Murcia, con docencia en Grado en Trabajo Social, Máster de Mediación, Máster en Dependencia y Máster en Trabajo Social en el ámbito sanitario. Experto Universitario en Dirección de Centros de Servicios Sociales y Agente de Igualdad de Oportunidades para la Mujer. Más de 15 años de experiencia en el Tercer Sector de Acción Social, experta en gestión de proyectos, dirección y gerencia de entidades no lucrativas, especialmente del ámbito de la discapacidad y la dependencia. Intervención social con familiares y personas afectadas, grupos de ayuda mutua para familiares.

ISABEL ORIVE PALACIOS

Afiliación: Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses

ORCID:

Correo: Isabel.orive@um.es

Trabajadora Social Forense desde 2023, siendo mi primer destino el Juzgado de Menores de Ciudad Real y en la actualidad en el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Murcia, desde noviembre de 2023. Licenciada en Pedagogía por la UMU, Graduada en Trabajo Social (UMU) y Máster en Psicología de la Educación (UMU). Doctoranda en Trabajo Social en la UMU desde 2024.

JESÚS ADOLFO GUILLAMÓN AYALA

Afiliación: Dpto. de trabajo social y servicios sociales. Universidad de Murcia

ORCID: https://orcid.org/0000-0003-1482-9103

Correo UMU: jesusadolfo.guillamon@um.es

JOSÉ LÓPEZ MELLADO

Afiliación: Dpto. de enfermería. Universidad de Murcia

Correo UMU: jlmellado@um.es

Doctor en Ciencias de la Salud, Máster Universitario en Bioderecho: Derecho, Ética y Ciencia y Máster en Antropología: Cultura, Migración y Salud de la Universidad de Murcia. Desarrolla su labor asistencial como enfermero de Atención Primaria en el Servicio Murciano de Salud y es profesor asociado académico del Departamento de Enfermería de la Universidad de Murcia. Docente en el Grado en Enfermería y en el Máster Universitario de Dependencia de la Facultad de Trabajo Social. Forma parte del grupo asociado clínico de investigación social en Enfermedades Raras del Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria- Pascual Parrilla (IMIB).

JOSÉ SÁEZ OLMOS

Afiliación: Dpto. de trabajo social y servicios sociales. Universidad de Murcia

ORCID: https://orcid.org/0000-0002-9299-9522

Correo UMU: jsaezolmos@um.es

Doctor en Trabajo Social por la Universidad de Murcia. Cuenta con un Máster en Intervenciones Asistidas con Animales por la Universidad Miguel Hernández, un Máster en Mediación y Resolución de Conflictos por la Universidad de Murcia, es Experto en Tecnología Educativa por la UNED y Graduado en Educación Social por la Universidad de Barcelona.

Actualmente es profesor en el Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales la Universidad de Murcia. Asimismo, ha sido docente en UNIR, UOC y en la Facultad de Educación de la Universidad de Murcia.

JUAN CARRIÓN TUDELA

Afiliación: Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER)

Figura clave en la defensa de las personas con enfermedades poco frecuentes. Natural de Totana (Murcia) y diplomado en Trabajo Social, ejerce profesionalmente en Instituciones Penitenciarias desde 1992.

En el ámbito asociativo, preside la Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER) desde 2012, donde ha trabajado para posicionar estas patologías como una prioridad social y sanitaria. Además, su liderazgo trasciende fronteras como presidente de la Alianza Iberoamericana de Enfermedades Raras (ALIBER), cofundada en 2013, y lidera la asociación D'Genes. Su labor se centra en impulsar la investigación, el diagnóstico precoz y el acceso equitativo a tratamientos para las familias afectadas

JUAN JESÚS ROBLES GARCÍA

Afiliación: Doctorando en Trabajo Social y enfermero - Profesor Titular de la Universidad de Murcia

ORCID: https://orcid.org/0000-0003-3477-2554

Correo UMU: juanjesus.roblesg@um.es

Graduado en Enfermería en 2021 y Máster en Envejecimiento por la Universidad de Murcia en 2022. Desde 2021, ha trabajado en distintos ámbitos de la Enfermería, empezando por la labor asistencial en plantas de hospitalización, siguiendo como enfermero en la Unidad de Cuidados Críticos y, actualmente, finalizando la residencia de Enfermero Interno Residente en Enfermería Familiar y Comunitaria. Paralelamente a su labor asistencial como enfermero, ha colaborado en proyectos de investigación sobre envejecimiento y cuidados de larga duración como doctorando en la facultad de Trabajo Social.

RAQUEL TORRALBA PLANES

Afiliación: Dpto. de trabajo social y servicios sociales. Universidad de Murcia

ORCID: https://orcid.org/0009-0002-5168-7132

Correo UMU: raquel.torralba@um.es

Diplomada en Trabajo Social. Licenciada en Sociología. Master en Mediación Familiar y Comunitaria. Docente del Grado en Trabajo Social de la Universidad de Murcia.

Trabajadora social con 38 años de experiencia profesional en el ámbito de los servicios sociales. He desarrollado mi trayectoria durante nueve años en Cáritas Diocesana, desempeñando diferentes puestos como trabajadora social y

asumiendo, en los tres últimos años, responsabilidades de gestión en el cargo de secretaria general de la entidad.

Posteriormente, me incorporé al Ayuntamiento de Murcia, donde ejerzo como trabajadora social en un Centro de Servicios Sociales desde hace más de 19 años, y ejerciendo actualmente en dicho ámbito.

TAMARA HERNÁNDEZ RÍOS

Afiliación: Dpto. de trabajo social y servicios sociales. Universidad de Murcia

ORCID: https://orcid.org/0009-0007-0296-4072

Correo UMU: tamara.hernandez2@um.es

Actualmente Doctoranda en Trabajo Social. Graduada en Trabajo Social y Máster Interuniversitario en Orientación e Intermediación Laboral. Docente del Grado en Trabajo Social de la Universidad de Murcia.
Cuento con 10 años de trayectoria profesional en el ámbito social, con experiencia en Centros Especiales de Empleo en el ámbito privado, con la gestión y tramitación de subvenciones e intervención directa con personas con discapacidad como técnica de Unidad de Apoyo. Los últimos ocho realizo funciones como trabajadora social en Cruz Roja con la gestión y coordinación de proyectos destinados a la protección de la infancia y adolescencia.